

Anni Rontti & Eeva Rontti

IKÄÄNTYNEEN ASIAKKAAN YLEISTILAN LASKUN

TUNNISTAMINEN JA SIIHEN REAGOIMINEN

TARKOITUKSENMUKAISESTI

Koulutus Kuusamon kaupungin vanhustyön hoitajille



Sairaanhoitaja

Hoitotyön koulutusohjelma

Kevät 2018



KAJAANIN
AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tiivistelmä

Tekijät: Rontti Anni & Rontti Eeva

Työn nimi: Ikääntyneen asiakkaan yleistilan laskun tunnistaminen ja siihen reagoiminen tarkoituksenmukaisesti

Tutkintonimike: Sairaanhoidaja (AMK)

Asiasanat: ABCDE-malli, ISBAR-konsultaatio, ikääntynyt, yleistilan lasku, koulutus

Sosiaali- ja terveysministeriö on linjannut raportissaan Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet (2010,50), että ikääntyneillä päivystystä tulee käyttää vain tarkoituksenmukaisissa ja välttämättömissä tilanteissa. Hoitohenkilökunnan tulee arvioida ikääntyneen yleistilaa ja konsultoida lääkäriä puhelimitse, ennen päivystykseen lähettämistä, ellei kyseessä ole hätätilanne. Raportissa todetaan, että hoitohenkilökunnalle tulee järjestää koulutusta aiheeseen liittyen. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 50.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli lisätä ikääntyneiden parissa työskentelevien hoitajien osaamista asiakkaan yleistilan muutoksiin ja niiden tunnistamiseen ja yhteydenotossa lääkäriin käyttämällä ABCDE- ja ISBAR -malleja. Tavoitteena oli parantaa ikääntyneen elämänlaatua. Kuntaliitto linjaa julkaisussaan, että hoitajien saadessa koulutusta, ikääntyneen akuuttitilanteisiin liittyen, epä-tarkoituksenmukaiset päivystyskäynnit vähenivät (Mylläri, Kirsi & Valvanne 2014).

Kehittämistarve tähän opinnäytetyöhön nousi työelämästä. Opinnäytetyö toteutettiin tuotteistettuna prosessina. Opinnäytetyön tuotteena oli koulutus ikääntyneiden hoitajille. Koulutus koostui teoriatiedosta ja käytännön harjoitteista. Koulutus järjestettiin marraskuussa 2017. Koulutuksesta saatu palaute oli positiivista ja koulutus koettiin tarpeelliseksi ja omaa työtä kehittäväksi. Jatkotutkimus aiheena olisi hyvä selvittää, lisääntyikö hoitajien osaaminen ikääntyneen yleistilan laskun tunnistamisesta ja siihen reagoimisesta tarkoituksenmukaisesti.

Abstract

Authors: Rontti Anni & Rontti Eeva

Title of the Publication: Recognition of and Appropriate Response to Acute Deterioration of Elderly Patients' General Condition

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing

Keywords: ABCDE model, ISBAR model, elderly patient, emergencies among elderly, training

A 2010 report by the Finnish Ministry of Social Affairs and Health outlines that elderly people should be referred to emergency room services only when necessary and appropriate. Healthcare professionals should assess elderly patients' general condition and consult a doctor before referring a patient to the emergency room in non-urgent situations. Healthcare professionals must be given appropriate training.

The purpose of this thesis was to enhance the competence of nurses working with elderly patients to recognize changes in elderly patients' acutely deteriorating general condition using the ABCDE model and to consult doctors using the ISBAR model before referring patients to the ER in non-urgent situations. The aim was to improve elderly people's quality of life. According to a 2014 publication by Kuntaliitto (the Association of Local and Regional Authorities), the number of unnecessary emergency room visits decreased when nurses received more education in acute situations.

The subject for this functional thesis was presented by working life. The product is a training session organized for nurses working with elderly people in November 2017. The training session included theory and practical exercises. Feedback received was positive, and participants considered it necessary and professionally instructive. A topic for further research would be to study if nurses' competence to recognize and appropriately respond to acute deterioration of elderly patient's general condition was enhanced.

Sisällysluettelo

1	JOHDANTO	1
2	IKÄÄNTYNEEN ELÄMÄNLAATU	3
3	IKÄÄNTYNEEN ASIAKKAAN YLEISTILAN LASKU	5
3.1	Ikääntymisen vaikutus elimistöön	5
3.2	Yleistilan lasku	6
3.3	Yleistilan laskuun reagoiminen	7
4	PERUSELINTOIMINTOJEN ARVIOINTI	10
4.1.1	ABCDE-malli	11
4.1.2	Hengitys	11
4.1.3	Verenkierto	13
4.1.4	Tajunnantaso	14
4.1.5	Tutkiminen	16
5	ISBAR-RAPORTOINTI	17
6	KOULUTUS	19
7	TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	21
8	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	22
8.1	Ideavaihe	23
8.2	Luonnosteluvaihe	24
8.3	Tuotteen kehittäminen	25
8.4	Viimeistelyvaihe	27
9	TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELU	29
	Johtopäätökset	31
10	POHDINTA	33
10.1	Eettinen pohdinta	33
10.2	Luotettavuuden pohdinta	34
10.3	Ammatillisen osaamisen kehittyminen	35
10.4	Jatkokehityksaiheet	36
	LÄHTEET	37

"Ikääntyneen sairaanhoidon keskeisimmäksi haasteeksi nousee kysymys, kuinka intensiivisesti kaikkein vanhimpia monisairaita asiakkaita tutkitaan ja hoidetaan. Kuitenkin silloin kuin parantavaa hoitoa ei ole, on asiakkaan oireiden lievittäminen lääkärin oikeus ja velvollisuus." (Tilvis ym. 2016)

1 JOHDANTO

Ikääntymismuutosten vuoksi ikääntyneen oireita akuuttitilanteissa on haastavaa tunnistaa. Tutkimalla asiakas systemaattisesti ABCDE-protokollan mukaisesti, saadaan kokonaiskuva asiakkaan voinnista. Akuuttitilanteessa tehty kattava tilannearvio ABCDE-protokollaa käyttäen vähentää sellaisia päivystyksellisiä hoitoja, jotka eivät ole välttämättömiä. (Akuuttitilanteet ikääntyvien hoitotyössä 2016, 1,3.) Sosiaali- ja terveysministeriö linjaa lausunnossaan, että vanhusten päivystyshoidon kokonaisuus tulee suunnitella siten, että päivystystä käytetään vain tarkoituksenmukaisista ja välttämättömistä syistä (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 50). Iäkkään asiakkaan kohdalla on aina arvioitava tarkasti se, onko päivystyshoito välttämätöntä, koska sairaalaan joutuminen tarpeettomasti on hauralle ikääntyneelle vahingollista. Deliriumin kehittymisen riski on monisairaalla ikääntyneellä suuri ja sen ennuste on huono. (Metsävainio 2016; Ikääntyvän yleistilan laskun ennakointi 2016.)

Ikääntyneet ovat usein monisairaita. Heillä vähäinenkin muutos terveydentilassa esim. virusinfektio, kuivuminen tai uusi lääke voi aiheuttaa toimintakyvyn romahtamisen. (Haapamäki ym 2014.) STM:n lausunnossa todetaan, että jos iäkäs on hoidettavana hoitolaitoksessa, tulee hoitohenkilökunnan arvioida yleistilan laskua ja konsultoida lääkäriä puhelimitse ennen päivystykseen lähettämistä, ellei kyseessä ole hätätilanne (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 50).

Olemme oman työkokemuksemme pohjalta todenneet, että useasti ikääntyneen yleistilan laskiessa, hänen vointiaan ei välttämättä arvioida systemaattisesti, eikä lääkäriä konsultoida ennen päivystykseen lähettämistä. Akuuttihoidossa on käytössä hyviä toimintamalleja, joilla voidaan arvioida systemaattisesti asiakkaan vointia. Näitä toimintamalleja ei ole kuitenkaan ole vielä jalkautettu ikääntyneiden hoitotyöhön. Opinnäytetyömme tarkoituksena on lisätä ikääntyneiden parissa työskentelevien hoitajien osaamista asiakkaan yleistilan muutoksiin ja niiden tunnistamiseen ja yhteydenotossa lääkäriin käyttämällä ABCDE- ja ISBAR -toimintamallia.

Oulun ammattikorkeakoulun julkaisussa ”Akuuttitilanteet ikääntyvien hoitotyössä” (2016) todetaan, että ABCDE-mallin käyttäminen ikääntyneen yleistilan laskiessa antaa selkeän kokonaiskuvan asiakkaan voinnista ja siitä tarvitaanko päivystyksellistä hoitoa. STM on raportissaan linjannut, että vanhusten hoitolaitosten henkilökunnalle tulee järjestää koulutusta ikääntyneen asiakkaan yleistilan arviointiin ja lääkärinkonsultointiin liittyen (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 50). Opinnäytetyömme tavoitteena on parantaa

ikäntyneiden elämänlaatua lisäämällä hoitajien osaamista ikäntyneiden yleistilan muutoksista. Tällöin ikäntyneen vointia arvioitaisiin omassa hoitokodissa tutun hoitajan toimesta. Koska ikäntynyt asiakas on haavoittuvaisessa asemaassa joutuessaan päivystykseen hoitoon, tulee hänen vointiaan arvioida systemaattisesti ennen päivystykseen lähettämistä ja selvittää, onko tilanne päivystyksellistä hoitoa vaativa (Murdoch, Turpin & Johnston 2014, 2,8; Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 50).

Lähihoitajien ammattitaidon ylläpitäminen on tärkeää, koska he ovat vastuussa haavoittuvaisessa asemassa olevista ihmisistä. Heidän vastuullaan on asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin lisäksi myös asiakkaan henki. Koulutus on täten pidettävä laadukkaana. Kuntaliiton julkaisussa kävi ilmi, että kun hoitajat saivat riittävästi koulutusta ikäntyneiden asiakkaiden yleistilan laskun tunnistamisesta ja siihen oikeaoppisesta reagoimisesta, epätarkoituksenmukaiset päivystyskäynnit vähenivät. (Simberg & Nevala 2016; Mylläri, Kirsi & Valvanne 2014.)

Tähän asiaan on herätty muun muassa Vantaalla. Tehy-lehdessä 4/2018 julkaistussa artikkelissa kerrotaan, että Vantaan kaupunki tekee yhteistyötä Metropolia- ammattikorkeakoulun kanssa. He ovat räätälöineet hoitajille täydennyskoulutusta. Vantaan toimintamallissa hoitaja soittaa konsultaatiopuhelun omalle lääkärille tai päivystävälle lääkärille. Hoitaja käyttää ABCDE-mallia apunaan peruselintoimintoja arvioidessaan. Artikkelissa kerrotaan myös, että monilla lähihoitajalla voi olla kynnys ottaa yhteyttä lääkäriin. Koulutuksen tavoitteena on antaa selkeä malli akuuttitilanteisiin ja lisätä hoitajien uskoa siihen, että vaativastakin tilanteesta selvittää. Hoitajat olivat saaneet ennen koulutusta ISBAR- ohjeen, joiden mukaan soitettiin koulutuksessa harjoituspuhelu ”lääkärille”. (Mäkinen 2018, 24-27.)

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Kuusamon kaupungin perusturva. Asiantuntijana toimii geriatri Tarja Konttila. Opinnäytetyö toteutettiin tuotteistettuna prosessina, jonka lopputuloksena syntyi koulutus. Koulutus järjestettiin Kuusamon kaupungin vanhustyössä työskenteleville hoitajille marraskuussa 2017. Koulutuksia oli alkuperäisen suunnitelman mukaan tarkoitus järjestää vain yksi, mutta toimeksiantaja pyysi koulutuksen jälkeen vielä kahta suppeampaa lisäkoulutusta, jotka järjestettiin helmikuussa 2018.

2 IKÄÄNTYNEEN ELÄMÄNLAATU

Jennifer Frytak kiteyttää ikääntyneen elämänlaadun tekijät jokapäiväisen elämän asioiksi, joita ovat ikääntyneelle hyvät sosiaaliset suhteet, hyvä terveys ja toimintakyky, hyvä asuminen ja naapuristo, riittävä taloudellinen toimeentulo, osallistumisen mahdollisuudet ja aktiviteetit, optimistinen tulevaisuudenkuva, autonomia sekä oman elämänhallinta. Riitta Räsänen kertoo kirjassaan Marja Vaaraman, Minna-Liisa Luoman ja Lauri Ylösen tutkimuksesta vuosina 1998 ja 2004. Tutkimus koski yli 65-vuotiaita. Valtaosa tutkimukseen osallistuneista koki oman elämänlaatunsa erittäin hyväksi tai hyväksi. Elämänlaatu oli huonoin yleisimmin 75 - 79 -vuotiaiden miesten ja 85 vuotta täyttäneiden naisten mielestä. Huonokuntoisella iäkkäällä elämä ja elämänlaatu ovat hauraimmillaan. Siihen vaikuttavat vanheneva keho, sairaudet ja toimintakyvyn vajeet sekä muut menetykset. (Räsänen 2011, 47 - 50.)

Care Keys – projektin mukaan ikääntyneen elämänlaatua huononsivat akuutit sairaudet, toimintakyvyn ja asumiseen liittyvät vaikeudet, osallistumisen mahdollisuuksien rajoitteet sekä läheisten omaisten puute. Elämänlaadulle myönteisiä olivat positiivinen asenne omaan ikääntymiseen ja tyytyväisyys kotihoidon palveluun. Projektissa tutkittiin muistisaira-an elämänlaatua viidessä EU-maassa. Suomessa ja Ruotsissa ikääntyneiden elämänlaatu oli parempi kuin Saksassa ja Virossa. (Räsänen 2011, 48.)

Tester ym. tutkivat pitkäaikaishoidossa olevien ikääntyneiden elämänlaatua. Ikääntyneillä oli useita fyysisiä ja psyykkisiä sairauksia. Tutkimuksessa tuli esille neljä elämänlaadun kokonaisuutta: itse-tunto, ympäristö, ihmissuhteet ja merkitykselliset aktiviteetit. Itsetunto nousi tärkeimmäksi osa-alueeksi. Se johtui siitä, että kun toimintakyky heikkenee, joutuu itsetunto koetukselle. (Räsänen 2011, 48.)

Huonokuntoisten ikääntyneiden elämänlaadun tutkimus on vähäistä. Riitta Räsänen kirjoittaa omassa tutkimuksessaan siitä, kuinka tutkittavien heikko kunto ja sopivien arviointi menetelmien vähäisyys voivat olla syynä siihen. Monesti iäkkäiden tutkimuksiin valikoituu parempikuntoisia ikääntyneitä, koska vaikeasti muistisaira-an osallistuminen tutkimukseen on jopa mahdotonta. Moni ikääntynyt myös saattaa kuolla kesken tutkimuksen. (Räsänen 2011, 47.)

OECD:n määritelmän mukaisesti pitkäaikaishoidolla tarkoitetaan sitä pitkäaikaista huolenpitoa, mitä iäkäs tarvitsee fyysisen tai kognitiivisen toiminnanvajauksen takia. Huolenpito voi olla sairauksien hoitoa, päivittäisissä henkilökohtaisissa toiminna avustamista tai

kodin sekä ympäristön askareita ja siihen voi liittyä asumispalvelut. Pitkäaikaishoitoon oikeutettuja ovat ne iäkkäät henkilöt, joiden toimintakyky on jonkin sairauden tai tapaturman vuoksi pysyvästi tai pitkäkestoisesti heikentynyt ja huolenpito voi olla luonteeltaan tilapäistä tai pysyvää. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2016.)

3 IKÄÄNTYNEEN ASIAKKAAN YLEISTILAN LASKU

Ikääntyneet ovat usein monisairaita ja heillä on käytössään useita eri lääkkeitä. Ikääntyneet sairastuvat akuutisti yleisimmin kotona sekä kodinomaisissa yksiköissä. Ikääntymisen aiheuttavien anatomisten ja fysiologisten muutosten vuoksi oireiden tunnistaminen akuuttitilanteissa on hankalaa. Akuuttitilanteessa ABCDE- toimintamallin avulla tehtävä kattava tilannearvio vähentää sellaisia päivystyksellisiä hoitoja, jotka eivät ole välttämättömiä. Tutkimalla asiakas systemaattisesti ABCDE-mallin mukaisesti, saadaan kokonaiskuva asiakkaan voinnista. (Akuuttitilanteet ikääntyvien hoitotyössä 2016, 1,3.)

Useat lähteet kuvaavat sitä, että ikääntyneiden määrä väestössämme on kasvamassa. Vanhusväestön määrä kasvaa räjähdysmäisesti maailmanlaajuisesti. Seuraavien 30 vuoden aikana päivystykset tulevat vastaanottamaan yhä kasvavamman määrän iäkkäämpiä potilaita. (Yoshikawa & Norman 2000.) Ikääntynyt asiakas on paljon muita asiakasryhmiä selvästi haavoittuvaisempi joutuessaan päivystykselliseen hoitoon (Murdoch ym. 2014, 2,8).

3.1 Ikääntymisen vaikutus elimistöön

Ihmisen ikääntyessä kehossa tapahtuu lukuisia anatomisia ja fysiologisia muutoksia, jotka voivat vaikeuttaa diagnoosin tekemistä. Sydän- ja verenkiertoelimistössä vanheneminen näkyy muun muassa diastolisen paineen laskuna. Systolinen verenpaine on tavallisesti matala erityisesti laitoshoidon vuodepotilailla. Lämmönsäätelyjärjestelmä heikentyy ja ikääntyneet ovat alttiita sekä hypo- että hypertermialle. Pisimpään säilyvät elimistön homeostaasia ylläpitävät mekanismit kuten elektrolyyttitasapaino, joka sekin häiriintyy elämän loppuvaiheessa. Ikääntyessä keuhkokudoksen kimmoisuus vähentyy ja rintakehän jäykistyy sekä hengityslihasten voima vähenee. Vähentyneen kimmoisuuden takia keuhkoihin jää jäännösilmaa, joka pienentää vitaalikapasiteettia ja varatiloja, kun taas keuhkojen kokonaistilavuus ja lepotilavuus pysyvät muuttumattomina. Ikääntyneen kyky lisätä ventilaatiota raskustilanteessa on rajoittunut. (Tilvis ym. 2016.)

Säätelyjärjestelmien, kuten nälän ja janon heikentyminen, altistaa ikääntyneitä häiriöille, vaimentaa häiriöiden oireita ja vaikeuttaa niiden spontaania korjautumista. On osoitettu lähes kaikkien janontunteen ja nestetasapainon monimutkaisten säätelymekanismien heikentyvän vanhetessa. Sydäninfarktin tyypillinen rintakipuoireisto voi puuttua jopa täysin

iäkkäillä sydäninfarktipotilailla, erityisesti kaikkein iäkkäimmillä. Yksittäisten elinjärjestelmien toimintareservien väheneminen on pääsyytä siinä, miksi akuutit muutokset aiheuttavat iäkkäällä järjestelmiin toimintahäiriöitä. Rasitushengenahdistus on usein iäkkäällä iskemisen sydänsairauden pääoire. Akuuteissa sydäninfarkteissa hengenahdistus oireena on usein huonon ennusteen merkki. (Tilvis 1999.)

Selvin ero nuorten ja vanhusten välillä on se, että nuorten sairauksilla on yleensä vain yksi syy, kun taas vanhuksilla on tyypillisesti useista päällekkäisistä syistä johtuvia sairauksia ja oireita. Näiden syiden erottaminen on usein vaikeaa tai jopa mahdotonta. 75 - 80 -vuotiailla jopa 40 % sydämen, aivojen, keuhkojen, munuaisten ja lihasten soluista on hävinnyt. Solukato voi tapahtua eri suhteessa eri kudoksessa. Elinten tilavuus ei kuitenkaan aina pienene solukatoa vastaavasti, vaan osa soluista korvaantuu rasvan täyttämällä sidekudossoluilla, osaan soluista kertyy pigmenttiä ja kalsiumia. Samasta syystä myös erilaisten säätelyjärjestelmien toiminta häiriintyy (sydän- ja verisuonisto, autonominen hermosto, munuaiset). Vanhetessa kudosten vesipitoisuus pienenee ja rasvapitoisuus suurenee. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 652.)

Strandberg ym. kirjoittavat artikkelissaan "Hro:sta gerasteniaan", että termi frailty on englannin kielessä muotoutunut tarkoittamaan yleensä vanhan ihmisen kliinistä tilaa, jota luonnehtivat "hauraus" eli haavoittuvuus ja voimien heikentyminen. Kyse on monen tekijän yhteisvaikutuksesta (vanhuus, aliravitsemus, luukato, lihaskato). Se merkitsee itsestä geriatrasta oireyhtymää. Diagnoosin asettaminen on hoidon kulmakivi - näin on myös vanhuuden frailty-oireyhtymän kanssa. Tekijät ehdottavat, että gerastenia otettaisiin termiksi kuvaamaan määriteltyä geriatrasta tilaa (oireyhtymää), johon kuuluvat uupumus, heikkous, hitaus, tahaton painonlasku ja fyysinen inaktiivisuus ja joka voidaan tunnistaa noin 10-14 %:lla kotona asuvista vanhoista ihmisistä. (Strandberg, Cederholm, Saksela & Goebeler 2015, 1103.)

3.2 Yleistilan lasku

"Ikääntyneen yleistilan lasku" -käsitettä ei ole tarkasti määritetty. Sillä tarkoitetaan useimmiten monesta syystä johtuvaa hitaasti etenevää tai äkillistä toimintakyvyn laskua. Ikääntyvän henkilön yleistilan huononeminen ilmenee usein toimintakyvyn menettämisenä, esimerkiksi jalkojen kantamattomuutena, sekavuutena ja/tai muistamattomuutena. Mitä äkillisempi muutos on, sitä hälyttävämpi häiriö on kyseessä. (Ikääntyvän yleistilan laskun ennakointi 2016.)

Yleisimpiä syitä äkilliseen yleistilan laskuun iäkkäillä ovat äkilliset sydäntapahtumat, aivo-verenkiertohäiriöt, infektiot, akuutti vatsa, kaatumiseen liittyvät murtumat, dehydraatio, elektrolyyttihäiriöt, hypo- ja hyperglykemia ja lääkehaitat. Äkillisesti sairastuneet iäkkäät ovat usein monioireisia. Päivystykseen tulossyynä voi olla kaatuminen tai sekavuus. Heillä voi myös olla kuumetta tai äkillistä hengenahdistusta. Syyksi paljastuu usein sydäninfarkti, aivoverenkiertohäiriö, keuhkoembolia tai akuutti infektio, kuten keuhkokuume, virtsateiden tulehdus tai ruusu. Useissa akuuteissa sairauksissa vanhuspotilaiden oireet voivat olla erilaisia kuin nuorempien. Keuhkokuume ilman yskää ja kuumetta on tästä tyypiesimerkki. Lähes mikä tahansa akuutti sairaus voi ikääntyneellä laukaista pahimmillaan deliriumin, heikentää muistia, aiheuttaa huimausta, pahentaa masennusta, paljastua kaatui-luna tai virtsankarkailuna tai vaikeuttaa liikkumista (Lappalainen 2016; Mylläri ym. 2014,12; Tilvis 1999; Tilvis ym. 2016, 88.)

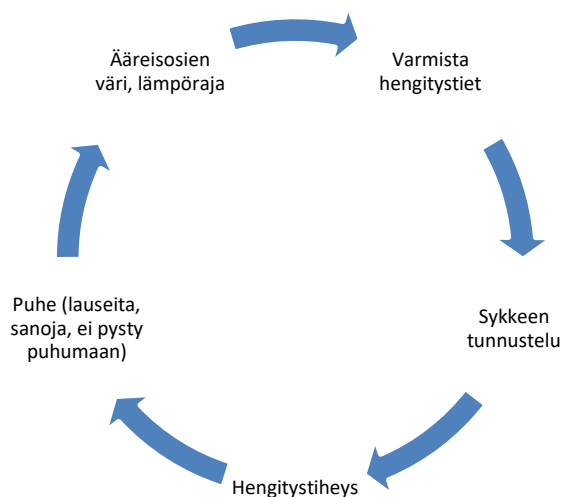
Varsinkin vanhempien asiakkaiden kaikkein epäspesifisimmät yleisoireet ovat työläimpiä selvittää. Brittiläisen selvityksen mukaan päivystykseen hakeutuvilla ikääntyneille on alettu käyttää kuvailevia diagnooseja mm. äkillinen kunnon romahtaminen, pärjäämättömyys, muistin heikkeneminen, laihduminen, anoreksia ja elämänhalun sammuminen. Äkillisen taudin taustalla voi ikääntyneellä olla jopa nuoruusvuosien tuberkuloosin aktivoituminen, varhain sairastetun reumakuumeen pohjalta pahentuneet läppäviat tai sydämen sisäkalvon tulehdus. Myös vanhuudessakin sosiaalinen tausta ja elämäntilanne vaikuttavat sairauden kokemiseen ja siihen, miten siihen haetaan apua. (Tilvis ym. 2016, 70.)

3.3 Yleistilan laskuun reagoiminen

Ikääntyneen asiakkaan yleistilan heikkenemistä tulee arvioida aina suhteessa hänen aikaisempaan yleistilaansa. Ikääntyneellä entuudestaan heikon yleistilan muuttuminen vain hieman aiempaa huonompaan suuntaan voi olla merkki vakavasta peruselintoiminnan häiriöstä. Yleistilan laskiessa äkillisesti, siihen tulisi reagoida välittömästi. Hoitajan tulisi ensin selvittää, että asiakkaan hengitystiet ovat avoinna ja sieltä tuntuu ilmapirtaus. Tässä yhteydessä hän voi havainnoida asiakkaan hengitystiheyden. Hoitaja tunnustelee asiakkaan sykkeen ranteesta tai kaula-valtimolta. Hoitaja puhututtaa asiakasta ja arvioi puhuko asiakas lauseita, sanoja vai pystyykö puhumaan lainkaan. Hoitajan tulisi miettiä tai tiedustella asiakkaalta, missä tilanteessa oireet alkoivat, asento, mitä oli tekemässä ja onko aiemmin ollut vastaavia oireita ja oliko ennakko-oireita. Hoitaja tiedustelee asiakkaalta, onko hänellä rytmihäiriötuntemuksia, rintakipua tai hengenahdistuksen tunnetta. (Kuisma ym. 2013, 653-654; Silfvast, Castrén, Kurola, Lund & Martikainen 2013, 158.)

Tämän jälkeen hoitaja tutkii asiakkaan perusteellisesti, vaikka oire olisi mennyt ohikin (kuvio 1). Hoitaja mittaa verenokerin, arvioi hengitystiheyden, mittaa happisaturaation ja lämmön sekä verenpaineen. Tämän jälkeen hoitaja hakee potilasjärjestelmästä asiakkaan henkilötiedot, lääkelistan ja tiedon mahdollisista perussairauksista. Kun hoitajalla on tieto asiakkaan nykyisestä oireesta ja sen kestosta, sekä siitä, onko kyseistä oiretta ollut aiemmin sekä potilaan henkilötiedot, hän konsultoi joko päivystystä tai hoitavaa lääkäriä potilaan hoitolinjauksista. Mikäli potilaan oireet ovat henkeä uhkaavia, hoitaja soittaa välittömästi hätänumeroon. (Silfvast ym. 2013, 158.)

Kuvio 1. Välitön tilan arvio



(Silfvast ym. 2013, 158, mukaan).

Äkillisen sairauden hoito tulisi aloittaa ikääntyneellä viivyttämättä, koska ikääntynyt menettää toimintakykyään ja lihasmassaansa nopeammin kuin nuori ihminen. Hoitokodissa olevilla asiakkailla tulee olla selkeä, kirjallinen hoitosuunnitelma, jossa on ohjeistus myös akuuttitilanteita varten sekä asiakkaan hoitotahto. Deliriumin kehittymisen riski on monisairailla ikääntyneillä suuri ja sen ennuste on huono, se kaksinkertaistaa laitoshoidon pysyvää tarvetta ja lisää kuolemanriskiä sairaalassa. (Ikääntyvän yleistilan laskun ennakointi 2016.) Äkillisen sekavuustilan "deliriumin" tunnistaminen edellyttää potilaan säännöllistä arviointia. Tärkeää on kiinnittää huomiota potilaan orientaatioon, muistitoimintoihin ja käyttäytymiseen. Tarkkaavaisuuden häiriö on sekavuustilan tärkein oire. (Jämsen 2017.)

Havainnoimalla asiakkaan terveydentilassa lievätkin muutokset voidaan ehkäistä sekä pitkäaikaissairauksien että oireiden äkillistä pahentumista. Päivystykseen on hakeuduttava kiireellisesti hoitoa vaativissa ja henkeä uhkaavissa tilanteissa. Ennen päivystykseen

lähettämistä konsultoidaan kuitenkin sovitus, ellei asiakkaan tila ole henkeä uhkaava.
(Ikääntyvän yleistilan laskun ennakointi 2016.)

4 PERUSELINTOIMINTOJEN ARVIOINTI

Ihmisen peruselintoimintoihin kuuluvat hengitys, verenkierto ja tajunnantaso. Muutokset peruselintoiminnoissa ovat vahvasti yhteydessä asiakkaan tilan heikkenemiseen. Taulukossa 1 on esitetty yleisimpiä peruselintoimintoihin häiriöitä aiheuttavia tekijöitä/sairauksia. (Rathburn & Ruth-Sahd 2009.)

Taulukko 1. Yleisimpiä peruselintoimintojen häiriöitä aiheuttavia tekijöitä/sairauksia

Hengitys	COPD	Astma	Sydäninfarkti (oireilee hengenahdistuksena)	Sydämen vajaatoiminta	Pneumonia
Verenkierto	Infarkti	Sydämen vajaatoiminta	Rytmihäiriöt	Hypo- /hypertensio	Brady- / takykardia
Tajunnantaso	Aivotapahtuma (aivoverenvuoto, infarkti), aivovamma, TIA)	Hapenpuute	Intoksikaatio	Diabetes (hypoglykemia)	Epilepsia

(Silfvast ym. 2013, 81-158, mukaan).

Peruselintoimintoja seuraamalla ja mittaamalla sekä peruselintoimintahäiriöiden tunnistamisella (taulukko 2) voidaan ennakoida muutoksia ja ennaltaehkäistä tulevia haittatapah-tumia (Aalto, Castren, Rantala, Sopanen & Westergård 2008).

Taulukko 2. Viitearvot ja MET-kriteerit

Peruselintoiminnot	Viitearvot	MET - kriteerit
Hengitys	HF 12-20 x /min	< 8/min tai >25 /min
	SpO2 95 %-100 % COPD 87 %-92 %	<90 %
Verenkierto	RR alle 130/85 mmHg	Systolinen (yläpaine) <90
	Syke 50 - 110	< 40 > 120
Tajunnantaso	Tajuissaan – Tajunnantaso laskenut	Puolieroja (karkeassa neurologisessa statuksessa) Tajunnantason lasku Kouristelu Vaikea sekavuus

(Alahuhta, Ala-Kokko, Kiviluoma, Ruokonen & Silfvast 2016 mukaan).

4.1.1 ABCDE-malli

ABCDE- mallin avulla arvioidaan systemaattisesti asiakkaan tilaa. Siinä edetään elinjärjestelmä kerrallaan. ABCDE- malli tulee sanoista A- airways- hengitystiet, B- breathing- hengitys, C- circulation- verenkierto, D- disability- tajunnantaso ja E- examination- tutkiminen (Kuvio 2). (Elvytys 2016.)

Kuvio 2. ABCDE-malli



(Elvytys 2016 Käypä Hoito-suositusta mukaillen).

4.1.2 Hengitys

Ihmisen elintoiminnoille on välttämätöntä, että solut saavat jatkuvasti happea. Solut vaurioituvat hyvin nopeasti, jos hapensaanti estyy. Heikoimmin hapenpuutetta sietävät aivosolut, jotka vaurioituvat jo 4-6 minuutin kuluttua sydänpysähdyksestä. Koska aivojen alueella veressä on happea vain 10 - 15 sekunnin tarvetta varten, ihminen menettää tajuntansa nopeasti. Keuhkojen tehtävänä on mahdollistaa hapen ja hiilidioksidin vaihtumien elimistön ja ulkoilman välillä. Hengitysvaikeudet voivat johtaa vakavaan hapenpuutteeseen, jonka vuoksi hapen saanti on turvattava välittömästi. (Sahi, Castrén, Helistö & Kämäräinen 2002, 37; Kaarteenaho, Brander, Halme & Kinnula (toim.) 2013, 22)

Hengityksen arviointi voidaan jakaa hengitystyön ja kaasujenvaihdon arviointiin. Hengitystyötä arvioidaan hengitystaajuuden ja hengitysmekaniikan avulla. Kliiniseen arviointiin kuuluu hengitystaajuuden mittaaminen, apuhengityслиhasten käytön, hengitysmekaniikan ja ihon värin (syanoosi) arviointi. Stetoskoopilla kuunnellaan hengityssäänet, jotka voivat paljastaa hengitysvaikeuden syyn. (Rosenberg, Alahuhta, Lindgren, Olkkola & Ruukonen (toim.) 2014.)

Hengityksen tarkkailutavat:

Noninvasiivinen tarkkailu:

- ❖ inspektio (tarkkailu katselemalla)
- ❖ auskultaatio (kuuntelemalla)
- ❖ pulssioksimetrin avulla

Invasiivinen tarkkailu:

- ❖ hengityksen seuranta intuboidulla potilaalla (Iivanainen & Syväoja 2012, 214-215).

Hengitystaajuus (frekvenssi) on hengitystyön perusmittaus. Se on yksi tärkeimmistä mittareista arvioitaessa mahdollisesti uhkaavaa hengitysekshaustiota. Hengitystaajuus arvioidaan tarkkailemalla asiakkaan hengitystä yhden minuutin ajan. Normaali hengitystaajuus on 12-16 kertaa minuutissa. Suurentunut hengitystaajuus kertoo lisääntyneestä hengitystyöstä ja kaasujenvaihdon häiriöstä. Hengitystaajuuden lisääntyminen on myös ensimmäinen merkki verenkiertovajauksesta. Hengitystaajuutta voivat nostaa rasitus, kipu, kiihtymys, kuume sekä keuhko- ja sydänsairaudet. Hengenahdistuksen astetta kuvaa se, pystyykö asiakas puhumaan sujuvasti, katkonaisesti vai ainoastaan yksittäisiä sanoja. Puhumisen ollessa selvästi vaikeutunutta on tilanne vaikea. (Kaarteenaho ym. 2013, 15-16; Iivanainen & Syväoja 2012, 215; Rosenberg ym. 2014)

Normaali sisään- ja uloshengityksen suhde on 1:2. Hengitys on normaalisti äänetöntä. Hengityksen korvin kuultavat poikkeavuuden, tärkeimpänä sisäänhengityksen vinkuminen eli inspiratorinen stridor, joka liittyy sentraalisen ilmatien ahtautumiseen, on havaittava. Vaikeassa hengenahdistuksessa asiakas käyttää apuhengityслиhaksia. Keuhkojen liikkuvuus voi olla huonontunut keuhkokudoksen fibroosin ja vaikean ylipainon vuoksi, jol-

loin asiakas hengittää korostuneesti pallean avulla. Nenän mahdolliset rakennepoikkeavuudet, nenän tukkoisuus ja nuha voivat liittyä useisiin keuhkosairauksiin, havaitsemattomina ne voivat huonontaa keuhkosairauden (astma, keuhkoinfektiot) hoitoa. (Kaarteenaho ym. 2013, 16; Iivanainen & Syväoja 2012, 215.)

Keuhkojen kuuntelu (auskultaatio) tapahtuu ihokontaktissa, ei vaatteiden läpi. Keuhkot pyritään kuuntelemaan mahdollisimman laajalta alueelta systemaattisesti. Keuhkot auskultoidaan ensin normaalihengityksen aikana ja sitten voimistetun sisään- ja uloshengityksen aikana. Osa löydöksistä tulee esiin vasta voimistetussa hengityksessä. Auskultaatiossa arvioidaan oikean ja vasemman keuhkon kuuntelulöydöksen symmetrisyys. Normaali hengityssääni keuhkojen alueelta on sisäänhengitysvaiheessa selvästi kuultavissa ja uloshengitysvaiheessa ääni on hyvin heikko. Käsitettä ”puhtaat” hengityssäänit ei käytetä, koska se luo väärän mielikuvan vastaavasti ”likaisista keuhkoista”. (Kaarteenaho ym. 2013, 18.)

Hiljentyneet tai kuulumattomat hengityssäänit merkitsevät äänen kulkuestettä, välimatkan kasvua rintakehän ja keuhkojen välillä tai keuhkokudoksen muuttumista heikommin ilmaa johtavaksi. Symmetrisesti kauttaaltaan hiljentyneet hengityssäänit liittyvät tavallisemmin huomattavaan ylipainoon tai emfyseemaan. Rahinat ovat yleensä sisäänhengityssääninä, jotka kliinisessä työssä jaotellaan karkeisiin ja hienojakoisiin rahinoihin. Jos rahinoita on sekä sisään- että uloshengityksessä, ne liittyvät tyypillisimmin keuhkoputkissa olevaan eritteeseen (lima). Tyypillisimmin karkeita rahinoita kuullaan sydämen vajaatoiminnassa. Hienojakoiset rahinat ovat tyypillisiä fibrosoivissa keuhkosairauksissa. (Kaarteenaho ym. 2013, 17-18.)

4.1.3 Verenkierto

Sydän on nelilokeroinen elin. Sen oikea puoli pumpppaa verta keuhkoverenkiertoon ja vasen puoli systeemikiertoon. Asiakkaan riittämätön verenkierto voidaan todeta nopeasti kliinisellä tutkimuksella. Asiakkaan raajojen lämpötila tutkitaan, etsien mahdollista lämpörajaa. Hänen perifeeriset pulssinsa tunnustellaan ja arvioidaan ihon väri ja marmoroituminen ja mitataan kapillaaritäyttöaika esim. kynttä tai rintalastaa painamalla. Tilanteen pitkittyessä kudokset alkavat kärsiä hapenpuutteesta, jolloin kehittyy eri elinten toimintahäiriöitä, kuten munuaisvaurion aiheuttama niukka diureesi tai aivojen hypoperfuusiosta johtuva tajunnan heikkeneminen. (Rosenberg ym. 2014; Airaksinen ym. 2016.)

Perifeeristen pulssien palpaatiolla ranteesta, nivusesta ja kaulalta voidaan todeta valtimopulssin taajuus, säännöllisyys ja voimakkuus. Aikuisen normaali pulssitaajuus levossa on 60–100/min ja huomattavasti tästä poikkeavat arvot ovat merkki hoidon välittömästä tarpeesta. Pulssin palpaatiolöydös antaa myös karkean arvion potilaan verenpaineesta, sillä rannepulssi yleensä tuntuu, kun systolinen verenpaine on yli 70 mmHg. Verenpaineen mittaaminen on toinen verenkierron valvonnan perusasioista. (Rosenberg ym. 2014.)

Verenkierron riittävyyden seuranta on hengityksen riittävyyden ohella tärkeimpiä ja yleisimpiä hoitajan suorittamia tehtäviä. Verenkiertoa voidaan arvioida monesta eri elimestä käsin: keuhkoista, sydäimestä, iholta, aivoista, munuaisista ja suolistosta käsin. Elimistön verenkiertoon vaikuttavat sydämen toiminta, verisuonten toiminta, verivolyymi eli verimäärä, hormonaaliset tekijät ja hermostolliset tekijät. (Iivanainen & Syväoja 2012, 622.)

Oleellista on saada selville epänormaali verenpaine eli matala tai korkea verenpaine. Verenpaine on sydämen työn aikaansaama paine verisuonistossa. Paineen voimakkuus riippuu sydänlihaksen supistusvoimasta, verivolyymien määrästä ja suonten seinämien joustavuudesta. Paine suonissa on korkein sydämen työvaiheen aikana ja sydämen lepovaiheen aikana. Verenpainesuositus yli 80-vuotiaille on 150/85 mmHg. (Iivanainen & Syväoja 2012, 623.)

4.1.4 Tajunnantaso

Aivot vievät suurimman osan kallon sisäisestä tilasta, ja ne painavat noin 1 500 g. Aivoissa sijaitsevat solut voidaan jakaa kahteen ryhmään: itse hermosoluihin (neuronit) ja tukisoluihin (glia-solut). Aivojen tärkein energialähde on glukoosi. Tajunta merkitsee tietoisuutta itsestä ja ympäristöstä, tajuttomuus tämän tietoisuuden puuttumisesta. Tietoisuus ilmenee kykyä yhdistää muistissa oleva aineisto vallitseviin ulkoisiin ja sisäisiin ärsykkeisiin, jolloin puolestaan syntyy kyky reagoida ja käyttäytyä mielekkäästi. Tajuttomuus (tiedottomuus) merkitsee siten tämän tietoisuuden puuttumista. (Lindsberg & Soinila 2015; Rosenberg ym. 2014.)

Tajuttomuus on oire ja sen korjaantuminen on mahdollista vain hoitamalla tajuttomuuden varsinainen syy. Tajuttomuuden syyt ovat moninaiset. Niiden systemaattista arviointia helpottamaan on kehitetty erilaisia muistisääntöjä. Näistä käytetyimpiä ovat MIDAS (meningiitti, intoksikaatio, diabetes, anoksia ja subduraalihakemooma) ja VOI IHME! (vuoto kallon

sisällä, hapenpuute, intoksikaatio, infektiot, hypoglykemia, matala verenpaine, epilepsia, simulaatio). (Rosenberg ym. 2014.)

Tajunnantaso voidaan arvioida Glasgow Coma Score (GCS)- avulla. GCS perustuu kolmen toiminnon – silmien avaamiseen (SI), puhumisen (PU) ja liikkumisen (LI) – testaamiseen. 15 pistettä tarkoittaa normaalia aivotointia ja 3 pistettä hyvin vakavaa aivotointin vajeita. Jo yhden pisteen alentuma GCS:ssa on merkityksellinen löydös, josta on raportoitava lääkärille uudestaan. (Iivanainen & Syväoja 2012, 85.) Periaatteena on ensiksi selvittää karkeasti asiakkaan tajunnantaso ravistelemalla häntä voimakkaasti olkapäistä. Jos asiakkaaseen saadaan puhevaste, kipureaktiota ei tarvitse tutkia, eikä hän ole tajuton. Ellei asiakas herää ravisteluun tai puhutteluun, testataan kipu-vaste. (Kuisma ym. 2013, 153.)

Veren glukoosipitoisuuden mittaaminen kuuluu aina peruselintoimintojen ensiarvioon. Tajuisuudessa olevalla asiakkaalla arvioidaan aikaan ja paikkaan orientoituneisuus ja kysytään, muistaako hän nimensä, syntymäaikansa ja mitä on tapahtunut. Raajojen liikkeet ja tunto tutkitaan mahdollisten puolierojen havaitsemiseksi. Myös kasvojen ja kielen liikkeet ja tunto tutkitaan. Kaikilta asiakailta tutkitaan mustuaisten koko, puoliero ja valoreaktiot. (Rosenberg ym. 2014.)

Suppea neurologinen status

Suppeassa neurologisessa statuksessa asiakkaan neurologinen tila arvioidaan eri tutkimusmenetelmiä käyttäen. Tätä tutkimusmuotoa käytetään silloin kun ei ole aikaa laajaan neurologiseen tutkimukseen. Tutkimuksella pystytään useimmiten päättämään, vaatiiko asiakkaan tila välittömiä toimia. (Soinila 2014.)

Suppeaa neurologista statusta arvioidessa asiakasta pyydetään puristamaan hoitajan käsiä yhtä aikaa ja verrataan, onko puristusvoima symmetrinen. Asiakaan molempia poskia kosketetaan yhtä aikaa sekä pyydetään häntä kertomaan, tuntuuko kosketus samalta, sama tehdään myös raajoille. Mustuaisten koko ja kokoero arvioidaan ja valoreaktio testataan. Asiakaan kasvojen mimiikkaa arvioidaan, onko se symmetristä. Asiakkaalta kysytään myös ikää ja meneillään olevaa kuukautta, pyydetään sulkemaan silmät ja puristamaan terve käsi nyrkkiin. Lihasvoima tutkitaan kannattele-malla raajoja 90 (istuva asiakas) tai 45 (makaava asiakas) asteen kulmassa. Yläraajat voi testata yhtä aikaa, mutta alaraajat on syytä tutkia yksi kerrallaan. Asiakaan tulisi jaksaa kannatella yläraajoja kymmenen sekunnin ajan, ja painavamman alaraajan osalta viisi sekuntia riittää normaaliksi

suorittukseksi. Puheen motoriikan, ymmärtämisen ja kielellisen sisällön häiriö arvioidaan. (Soinila 2014.)

4.1.5 Tutkiminen

Kun asiakkaan peruselintoiminnot (hengitys, verenkierto ja tajunnantaso) on turvattu, siirytään tutkimaan asiakasta. Asiakkaan ruumiinlämpö ja verensokeri mitataan. Ihottumat ja ihon kunto tarkastetaan, sekä mahdollisten turvotusten määrä arvioidaan. Jotta asiakas tulee tutkittua kunnolla, hänet mahdollisesti joudutaan riisumaan. Tällöin tulee kunnioittaa asiakkaan yksityisyydenduoja ja minimoida lämmönhukka. (The ABCDE approach 2018; Rantala 2017.)

Asiakkaan kliinisen tutkimuksen tavoitteena on todeta ja kuvata mahdolliset normaalista poikkeavat löydökset. Myös täysin normaalin löydöksen toteaminen tutkimushetkellä ja sen kirjaaminen potilasasiakirjoihin on tärkeää. Asiakasta myöhemmin tutkittaessa tällainen merkintä voi olla hyvinkin tärkeä tieto. (Saha, Salonen & Sane (toim.) 2015, 44.)

5 ISBAR-RAPORTOINTI

Raportointi asiakkaasta tulisi olla systemaattista. Terveystieteiden osastolla on käytössä ISBAR – raportointikäytäntö, jossa raportoinnin vaiheet koostuvat seuraavista osioista:

1) Identify – Tunnista

Hoitaja kertoo nimensä, ammattinimikkeensä ja yksikön mistä soittaa. Seuraavaksi hän kertoo asiakkaan nimen, iän ja sosiaaliturvatunnuksen, jotta konsultoitava lääkäri pääsee syöttämään asiakkaan henkilötiedot heti koneelle. Hoitaja kertoo syyn raportointiin ja konsultointiin.

”Hei. Täällä soittelee lähihoitaja Inkeri Mäkinen Hoivakoti Ruususta hei. Soittelen teille Martta Penttilästä, henkilötunnus xxxx. Martta kaatui hetki sitten.”

2) Situation- Tilanne

Hoitaja kertoo mikä on ongelma ja koska se tapahtui/alkoi ja kuinka usein se toistuu. Hoitaja kertoo myös asiakkaan pääoireen ja nykytilan. Hoitaja arvioi onko asiakkaan vointi vakaa vai epävakaa.

”Martta kaatui tänään noin tunti sitten. Hän löi päänsä, mutta on ollut koko ajan tajuissaan. Vointi on vakaa.”

3) Background- Tausta

Hoitaja kertoo asiakkaan olennaiset taustatiedot, olennaiset taustasairaudet, olennaiset oireet ja hoitoon tulon päivämäärän, tämän hetkisen diagnoosin ja päivämäärän sekä nykytutkimuksen.

”Martta sairastaa eteisvärinää ja hänellä on Marevan-hoito siihen. Sairastaa myös keskivaikeaa Alzheimeriä. Viimeisin INR oli 2,5 kaksi päivää sitten.”

4) Assessment – Nykytilanne

Hoitaja kertoo asiakkaan vitaalielintoiminnot ja asiakkaan nykytilan (hengitys, verenkierto, tajunnantaso, lämpö, RR, vammat). Hoitaja kertoo myös oman arvionsa tilanteesta, mitä on meneillään ja mistä se saattaa johtua ja mitä asiakas tarvitsee.

” Martalla oli RR kaatumisen jälkeen 170/100 ja nyt kun olemme mitanneet, ne ovat laskeneet takaisin 120/80. Syke oli tapahtumahetken jälkeen 100 ja nyt 60. Martta hengittää rauhallisesti ja hengitystaajuus on 12. Tajunnantaso on normaali, ei orientoidu aikaan eikä paikkaan, mutta tämä johtuu muistisairaudesta. Takaraivossa on nyrkin kokoinen kuhmu. Pupillat ovat samankokoiset, keski-suuret ja symmetriset. Martan vointi näyttää hyvältä, ei ole pahoinvointia. ”

5) Recommendation

Hoitaja ehdottaa toimintasuunnitelmaa, seurataanko asiakasta yksikössä vai pitäisikö hänet kuljettaa päivystykseen.

” Mielestäni Martta voisi jäädä tänne meille seuranta muutoin, mutta tuo varfariini hoito mietityttää. Voimmeko seurata täällä ja ottaa yhteyttä uudestaan, jos voinnissa tulee muutosta? Käykö, että seuraamme tajunnantasoja esimerkiksi 2 tunnin välein?”

(Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen 2012, 45.)

6 KOULUTUS

Oppiminen on merkittävin määrätietoinen muutosprosessi, jota ihminen pyrkii itse ohjaamaan. Se on yleisimpiä psyykkisiä tapahtumia ihmisen kehityskulussa. Oppiessaan ihminen työstää eri aisti-kanavilla saatua tietoa, sekä tietoisesti että alitajuisesti. Oppiminen on ihminen henkisen rakenteen kehittämistä. Oppiessaan ihminen muokkaa tietoa, ja oppiminen on monitahoista ja muuntuva. Kun opittavat asiat visualisoidaan se parantaa oppimista, koska sen avulla voi kiinnittää parhaiten tietoa pitkäkestoiseen muistiin. (Kaupila 2003, 16-58.)

Testit tarjoavat tavan toteuttaa visailuita ja kilpailuita, joiden avulla voidaan testata oppijoiden oppimista. Opettaja voi palvelusta riippuen seurata oppijoiden edistymistä omalta koneeltaan, tai heijastaa tulokset nähtäväksi koko ryhmälle. Oppijoiden on mahdollista osallistua visailuun nimimerkillä tai omalla nimellä. Yleensä oppijoiden ei tarvitse erikseen rekisteröityä palveluun. Esimerkkinä oppimisen tueksi käytettävistä visailuohjelmista on Kahoot!, (<https://getkahoot.com>) jota voidaan käyttää myös puhelimella. Oppijan kannalta videot ovat käyttökelpoinen väline tuottaa tietoa. Videot mahdollistavat myös opetuksen rikastamisen sekä asioiden havainnollistamisen. Opettajan tuottamia videoita voidaan esim. hyödyntää opiskelumateriaalina sekä keskustelun herättäjinä. (Rikala 2016, 29-30.)

Kun koulutuksen tavoitteet on määritelty huolellisesti ja osallistujien taustat selvitetty, koulutuksen sisältöjen valinta pitäisi olla suhteellisen helppoa. Koulutukseen käytettävän ajan tulee näkyä jo tavoitteissa. Tunnin koulutuksessa tavoitteet tuskin ovat samat kuin koko päivän kestävässä koulutuksessa. Kuitenkin sisältöjen valinnassa koulutukseen käytettävä aika on edelleen tärkeä säätelevä tekijä. Sisältöjen valinnassa osallistujien tarpeet menevät kouluttajan omien mielenkiintojen edelle. Sisällöt pitäisikin valita niin, että ne tukevat osallistujien oppimista joka puolestaan tukee koulutuksen toiminnallista tavoitetta. (Kupias & Koski 2012, 53.)

Jos koulutuksen aika on niukka, asian oppimisen kannalta vain olennaiset ja puhututtavat asiat otetaan esille. ”Kiva tietää” – asiat voidaan jättää seuraavaan koulutuskertaan. Koulutuksen sisältöä voidaan hahmottaa monella eri tavalla. Yksinkertaisimmillaan se esitetään yleensä ohjelman muodossa. Ohjelmassa on kellonaikojen mukaan esitelty koulutuksen sisältö tai lueteltu koulutuksen teemat. Tämä sisältö kannattaa vielä esitellä koulutuksen alussa esimerkiksi Power Point –dialla, sen avulla syntyy kokonaiskäsitys mitä

koulutuksen aikana tullaan opiskelemaan. Sisältö voidaan vielä linkittää yhteen osallistujien odotusten kanssa ja kertoa missä kohdassa käydään tarkemmin läpi mitäkin odotusta. (Kupias & Koski 2012, 54.)

7 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyömme on tuotteistettu prosessi. Opinnäytetyömme tarkoituksena on lisätä vanhustyön yksiköissä työskentelevien lähihoitajien osaamista ikääntyneiden yleistilan muutosten tunnistamisessa sekä niihin tarkoituksenmukaisesti reagoimisessa. Opinnäytetyömme tavoitteena on parantaa ikääntyneiden elämänlaatua mahdollistamalla ikääntyneen voinnin arviointi omassa hoitokodissa kehittämällä hoitajien ABCDE - protokollan osaamista, ISBAR -menetelmän tuntemista ja peruselintoimintojen mittaamista.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Miten ikääntyneiden yleistilan laskuun reagoidaan tarkoituksenmukaisesti?
- 2) Minkälainen koulutus edesauttaa oppimista yleistilan laskusta?

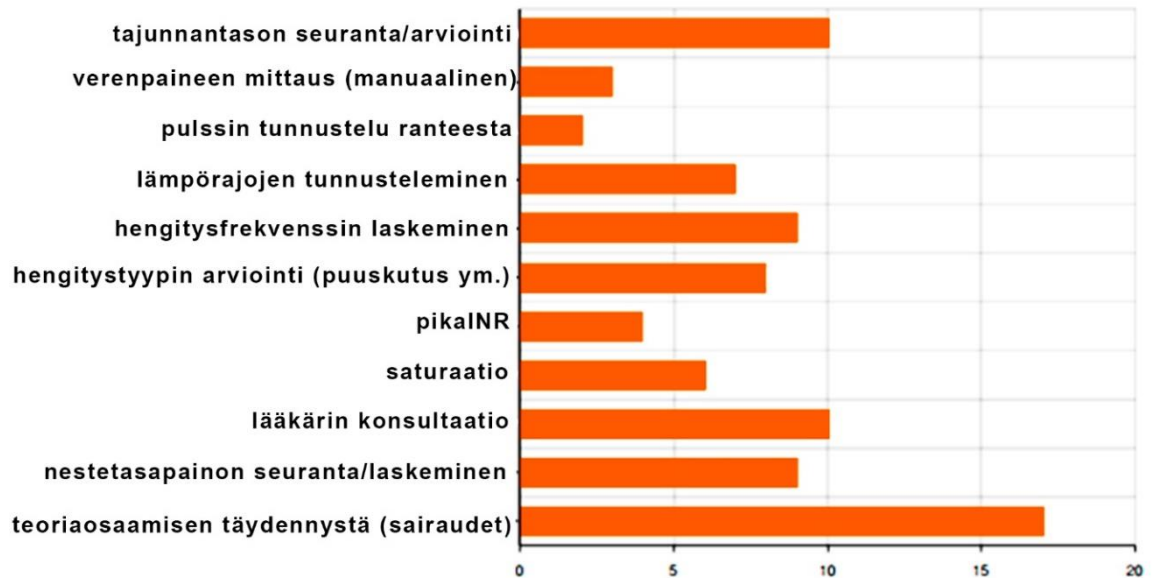
8 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Valitsimme opinnäytetyöprosessimme pohjaksi Jämsä & Mannisen ”Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla” esittämän mallin. Tässä mallissa tuotteistettu opinnäytetyöprosessi etenee kehittämistarpeen havainnollistamisesta tuotteen kehittelyyn. Kehittämistarve tähän aiheeseen nousi meidän molempien työhistoriasta. Omassa työssämme tuli monesti esiin tilanne, jossa iäkästä asiakasta siirrettiin päivystykseen ilman minkäänlaista konsultointia. Miettiessämme opinnäytetyömme aihetta, tämä asia nousi esille. Esimme vanhustyön johtaja Satu Kankaalle tämän kehittämistarpeen. Hän koki asian tärkeäksi ja näin saimme toimeksiantajan opinnäytetyöllemme.

Toimeksiantajamme on Kuusamon kaupungin perusturva. Kuusamon kaupungin organisaatio muodostuu neljästä toimialasta: keskushallinnosta, yhdyskuntatekniikan, perusturvan sekä kasvatus- ja sivistystoimia-lasta. Perusturvan tehtävänä on edistää kuusamolaisten terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia järjestämällä hyvän elämän mahdollistavia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja asiakaslähtöisesti, alueellisesti ja yhteistoiminnallisesti. Perusturvan toimiala jakaantuu neljään tulosalueeseen, joita ovat sosiaalipalvelujen, ikäihmisten palvelujen, terveyspalvelujen ja hallintopalvelujen tulosalueet. Kuntoutumisen ja hoivan tulosalueen tehtävänä on järjestää ja osaltaan tuottaa laadukkaita palveluja aikuisen tai ikääntyneen henkilön tai perheen päivittäisen pärjäämisen tueksi. Kuntoutumisen ja hoivan palveluja ovat palvelutarpeen arviointi, omaishoito, seniorineuvola, kotihoito, kotisairaala, kuntoutus, päivä- ja työtoiminta, asuminen, sekä aikuis-, vammais- ja vanhussosiaalityö. (Organisaatio 2017.)

Toimeksiantaja halusi järjestää vanhustyössä työskenteleville hoitajille kyselyn, jossa selvitettiin muun muassa sitä, kuinka tarpeelliseksi hoitajat kokivat ikääntyneen yleistilan laskuun liittyvän koulutuksen. Kyselyssä kysyttiin muun muassa, mitä hoitajat kokivat tarpeelliseksi opetella ja mistä heidän pitäisi saada lisätietoa (taulukko 3). Kyselyssä tiedusteltiin myös työkokemusta ja sitä, kuinka hoitajat kokivat oman osaamisensa ikääntyneen yleistilan laskuun liittyen. Kysely toteutettiin sähköisesti. Kyselyyn vastasi 23 hoitajaa, jotka kaikki työskentelevät ikääntyneiden parissa. 63,3%:lla hoitajista oli yli 10 vuotta työkokemusta ja heistä 91,3% koki, että tällaiselle koulutukselle olisi tarvetta. 60,9% vastanneista ei ollut aiemmin saanut kyseiseen aiheeseen liittyvää koulutusta. Näiden vastausten perusteella päätelimme, että tarvetta koulutukseen on. Yli puolet vastaajista oli työskennellyt yli 10 vuotta vanhustyössä. He kokivat, että heillä ei ollut tarpeeksi tietoa asiasta. Tämän perustella totesimme, että itse työ ei anna riittävää osaamista akuuttitilanteisiin liittyen. (Ikääntyneen potilaan äkillinen yleistilan lasku- kysely 2017.)

Taulukko 3. Mitä asioita koet tarpeelliseksi kerrata koulutuksessa? – kysely hoitajille



(Ikääntyneen potilaan äkillinen yleistilan lasku - kysely 2017).

Kyselyyn vastanneet hoitajat olivat kokeneet suurimmaksi puutteeksi teoriaosaamisen. Seuraavaksi tärkeimpänä he pitivät lääkärin konsultaatiota ja tajunnantason seuranta- ja arviointia. Myös hengitysfrekvenssin laskeminen ja nestetasapainon seuranta olivat hoitajien mielestä kerrattavien asioiden listalla (taulukko 3). (Ikääntyneen potilaan äkillinen yleistilan lasku- kysely 2017.)

8.1 Ideavaihe

Ideavaihe alkaa siitä, kun on huomattu jonkin asian kehittämistarve. Ratkaisuja kehittämistarpeeseen hankitaan luovan toiminnan ja ongelmanratkaisumenetelmien avulla. Näitä ovat esimerkiksi aivoriihi ja tuplatiimi. Ideointiprosessissa osallistujien erilaisuus on rikkaus. Lisäksi tarvitaan kriitikko. Ideavaiheessa on tärkeää pyytää arviointia myös toimeksiantajalta (Jämsä & Manninen 2000, 35,38).

Olimme yhteydessä toimeksiantajaan useita kertoja ideavaiheen aikana. Kävimme keskustelua kasvatusten ja myös sähköpostilla useaan otteeseen. Ideavaihe vaati tavattoman paljon pohtimista. Kaiken kaikkiaan ideavaihe kesti puolisen vuotta. Koulutus nousi

toteutustavaksi kummallekin heti alkuvaiheessa. Paljon keskustelua käytiin siitä, mistä aiheista koulutus muodostuisi ja miten aihe rajattaisiin.

Keskustelussa toimeksiantajan kanssa pohdimme, paljonko koulutukseen tarvitaan aikaa. Aluksi toimeksiantaja tarjosi lyhyempää aikaa, mutta perustelimme että tarvitsemme useamman tunnin siihen, koska koulutuksessa oli teoratiedon lisäksi myös käytännön harjoitteita. Toimeksiantajan kanssa keskustelimme myös siitä, kuka olisi koulutuksen kohderyhmä ja missä koulutus järjestettäisiin. Koulutus päätettiin järjestää Kuusamo-opistolla ja sen kohderyhmäksi valikoitui kotihoidon ja pientuvan hoitajat. Ideavaiheessa keskustelimme aiheesta useiden hoitajien kanssa ja näin saimme hyviä ideoita ja myös tarpeellista kritiikkiä. Toimeksiantaja antoi myös ideavaiheessa arviointia ja kehitysehdotuksia koulutukseen liittyen.

8.2 Luonnosteluvaihe

Luonnosteluvaihe käynnistyy silloin, kun on tehty päätös siitä, millainen tuote on aikomus kehittää ja valmistaa. Luonnostelulle on ominaista analyysi siitä, mitkä eri tekijät ja näkökohdat ohjaavat tuotteen suunnittelua ja valmistamista. Tuotteen luonnostelua ohjaavia näkökohtia ovat mm. asiantuntijatieto, palvelujen tuottaja, asiakasprofiili, sidosryhmät, säädökset ja ohjeet sekä toimintaympäristö. (Jämsä & Manninen 2000, 43.)

Luonnosteluvaihe alkoi teoratiedon hankkimisella. Käytimme useita tietokantoja apunamme. Rajasimme teoratietoa siten, että se olisi mahdollisimman uutta ja luotettavaa. Alussa teoratiedon löytäminen oli haasteellista. Vähitellen löysimme muun muassa kuntaliiton ja kuntayhtymien julkaisuja, jotka käsittelivät ikääntyvien yleistilan laskua ja siihen reagoimista ja näin saimme hyvää valtakunnallista ohjeistusta aiheeseen. Myös STM julkaisu päivystyskäynneistä antoi hyvää pohjaa opinnäytetyöllemme.

Hoitajille suunnatun kyselyn perusteella aloimme luonnostella koulutusta. Hoitajat halusivat koulutuksen sisältävän teoratietoa ja toiminnallista osuutta. Koulutusmuotoina vastaanottaneet kokivat ryhmätyöskentelyn (36,4 %) olevan tehokkain tapa oppia, sen jälkeen tulivat video ja simulaatio 22,7 %:n kannatuksella. Näiden tulosten perusteella suunnitelimme koulutusrakenteen ja siinä käytettävät menetelmät. (Ikääntyneen potilaan äkillinen yleistilan lasku – kysely 2017.)

Seuraavaksi otimme yhteyttä geriatri Tarja Konttilaan. Kysyimme häntä asiantuntijaksi tähän opinnäytetyöhön. Sovimme hänen sihteerinsä kanssa tapaamisajan. Esitelimme hänelle opinnäytetyömme aiheen ja kerroimme hänelle, että tarkoituksen oli järjestää koulutus hoitajille. Halusimme hänen mielipiteensä koulutuksen sisältöön ja siihen, mitä hänen mielestään hoitajien tulisi osata asiakkaan yleistilan laskiessa.

Geriatric Konttilan mielestä asia oli hyvin tärkeä. Hänen mielestään lähihoitajien tulisi osata mitata peruselintoiminnot hyödyntäen ABCDE-mallia ja konsultoida sen perustella lääkäriä ISBAR- menetelmän avulla. Konttila sanoi, että tällöin toimittaisiin parhaalla mahdollisella tavalla. Konttila sanoi myös, että lievästi muistisairasta hoidetaan tilanteen mukaan. Kun taas keskivaikeaa muistisairautta sairastavalla tärkeää on toimintakyvyn ylläpitäminen. Vaikeasti muistisairautta sairastavalla elämänlaadun ylläpitäminen on tärkeintä. Hän totesi, että muistisairaat kärsivät siirroista päivystykseen ja Kuusamossa voidaan monet tilanteet hoitaa omassa hoivakodissa mm. kotisairaalan turvin. (Konttila - suullinen tiedonanto 2017.)

Teimme käsikirjoituksen koulutukseen liittyen (Liite 1). Käsikirjoitukseen kirjoitimme ylös koulutuksen alustavaa rakennetta, tarvittavia välineitä ja hoidettavia asioita. Käsikirjoitus muovautui suunnittelun mukana. Hoitajille tehdyn kyselyn vastausten perustella valitsimme eri oppimistapoja koulutukseen. Päätimme ottaa myös videon opetusvälineeksi sitten, että sillä herätellään osallistujien mielenkiinto asiaan. Videon tarkoituksena oli myös olla opettavainen mutta samalla tunteita ja ajatuksia herättävä. Kirjoitimme videon käsikirjoituksen etukäteen (Liite 4).

8.3 Tuotteen kehittäminen

Tuotteen kehittäminen etenee luonnosteluvaiheessa valittujen ratkaisuvaihtoehtojen, periaatteiden, rajausten ja asiantuntijayhteistyön mukaisesti. Monet sosiaali- ja terveysalan tuotteet on tarkoitettu informaation välitykseen asiakkaille, organisaatioiden henkilökunnalle tai yhteistyötahoille. Keskeisin sisältö muodostuu tosiasioista, jotka pyritään kertomaan mahdollisimman täsmällisesti, ymmärrettävästi ja vastaanottajan tiedontarve huomioiden. Sosiaali- ja terveysalalla käytetään yhä enemmän audiovisuaalisuutta tiedon välittämisessä. Video välittää informaatiota kielellisen ilmaisun, kuten puheen ja tekstin, lisäksi kuvan ja äänen avulla. (Jämsä & Manninen 2000, 54-59.)

Videokuvausta varten kysyimme luvan yksikön esimieheltä ja videossa esiintyvältä asiakkaalta. Saimme molemmilta suullisen luvan kuvaamiseen. Videota saa myös käyttää koulutuksessa ja opinnäytetyöhön liittyvissä esityksissä. Videon kuvaus tapahtui Kuusamon kaupungin tehostetussa palveluasumisyksikössä marraskuussa 2017. Kuvaaminen meni käsikirjoituksen mukaan, mutta siinä huomioitiin videossa esiintyvän asiakkaan jaksaminen. Kuvaaminen jaksotettiin siten, että kuvattiin ensin hänen osuutensa ja sitten muu lisämateriaali. Asiakas oli tästä roolista mielissään ja innostunut. Hän jaksoi hyvin esiintyä videolla.

Videon editointi (koostaminen) tapahtui kuvausten jälkeen. Editoinnin suoritimme itse. Editointiin kului runsaasti aikaa, koska videosta haluttiin saada mahdollisimman laadukas ja tunteita herättävä. Videossa käytetyn musiikin oli tarkoitus tuoda syvyyttä ja dramaattisuutta videoon. Musiikkina käytettiin klassista musiikkia, jonka tekijä on ollut kuolleena niin kauan, että oikeudet musiikin käyttöön ovat luvalliset. Videossa käytettiin myös grafiikkaa joka tuki oppimista ja havainnollisti sisältöä. Videon rakenne pyrittiin saamaan mahdollisimman jouhevaksi ja eheäksi.

Videon kuvauksen jälkeen teimme diat, joissa koulutukseen liittyvä teorian tieto tuli mahdollisimman selkeästi esille (Liite 2). Teorian tieto sisälsi ABCDE- mallin, karkean neurologisen statuksen ja ISBAR- menetelmän. ABCDE- malli käytiin perusteellisesti läpi kohta kohdalta -hengitys, verenkierto, tajunnantaso ja mittaukset. ISBAR – menetelmä esiteltiin esimerkkitapauksen avulla. Dioissa käytetty materiaali oli luotettavista lähteistä hankittua. Teoriajakson osuus haluttiin pitää sopivan napakkana, että mielenkiinto asiaan säilyi. Kaikki tarvittava tieto tuli kuitenkin esille.

Diat rakennettiin niin, että ulkoasu oli mahdollisimman mielenkiintoinen. Hyödynsimme erilaisia objekteja ja värejä. Diat ovat helposti luettavia, selkeitä ja asiallisia. Dioista pyrittiin tekemään mahdollisimman laadukkaat. Niiden tekemiseen ja viimeistelyyn käytettiin paljon aikaa.

Koulutuksen harjoitteluosuus suunniteltiin siten, että se olisi mahdollisimman mielenkiintoinen. Valitsimme harjoittelun avuksi eri oppimismenetelmiä. Harjoitusosuudessa oli kaksi eri rastia. Toinen rasti koostui ISBAR- harjoituksesta. Siinä jokainen hoitaja sai oman ”potilastapauksen” josta heidän piti soittaa harjoittelupuhelu ”lääkärille”. ”Lääkärinä” toimi Eeva. Samalla rastilla harjoiteltiin karkean neurologisen statuksen tekemistä pariharjoitteena.

Toinen rasti koostui hengitys- ja verenkierto harjoitteista. Rastilla harjoiteltiin hengitystaa-juuden laskemista, hengityssänten kuuntelua, manuaalisen verenpainemittarin käyttöä, happisaturaation mittaamista sekä pulssin tunnustelua. Hengitystaa-juuden, pulssin mit- taamista ja hengityssänten kuuntelua harjoiteltiin parityöskentelynä. Epänormaalien hen- gityssänten kuuntelua harjoiteltiin Youtube -videoiden kuuntelun avulla. Rastin lopussa ”testailtiin” vielä osaamista verenkiertohäiriöistä KAHOOT-pelin avulla leikkimielisesti.

Kysyimme toimeksiantajalta, saammeko lainata rasteihin tarvittavia välineitä Kuusamon kaupungin vanhustyön yksiköistä. Toimeksiantaja antoi tähän luvan. Sovimme päivän ja yksiköt mistä tavarat sai hakea. Toimeksiantaja antoi myös luvan tulostaa koulutukseen tarvittavat materiaalit Kuusamon kaupungin vanhustyön yksikön tulostimessa. Toimeksi- antaja toi tässä vaiheessa esille, että koulutukseen osallistuisi noin 15-18 henkeä. Toimi- timme kutsun koulutukseen osallistujille sähköisesti (Liite 3).

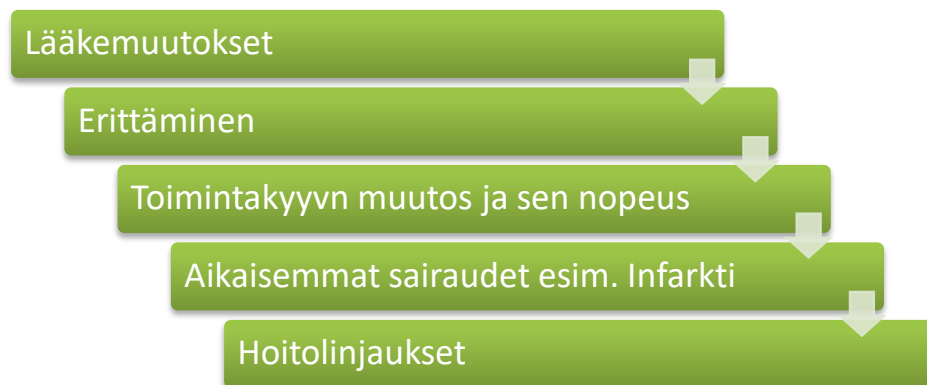
Olimme yhteyttä eri terveysalan yrityksiin saadaksemme sponsorin koulutukseemme. Penli Oy lahjoitti meille 5 kynälamppua, joita käytimme harjoituksissa. Koulutuksen jäl- keen lahjoitimme jokaiseen yksikköön yhden kynälampun.

8.4 Viimeistelyvaihe

Viimeistelyvaiheessa tuotteesta tarvitaan arviointia ja palautetta. Toimivampia keinoja ovat esitestaus /koekäyttö. Tuotetta hiotaan saadun palautteen pohjalta. Viimeistely vaihe sisältää myös jakelun ja markkinoinnin suunnittelun. (Jämsä & Manninen 2000,81.)

Viimeistelyvaiheessa kävimme uudestaan asiantuntijamme Tarja Konttilan luona. So- vimme ajan hänen avustajansa kanssa. Konttilan kanssa kävimme läpi diat. Kerroimme myös tulevista käytännön harjoitteluista. Konttila tarkasti diojen oikeellisuuden. Kehittely ehdotukseksi hän kehoitti meitä vähentämään peruselintoimintojen teoriaosuutta, tuoden esille sen, että hoitajalla on jo ennestään anatomiasta tietoa, eikä sitä ole tarve kertoa monen dian verran. Hän ehdotti meille, että voisimme lisätä dioihin ”muut taustatiedot”- kohdan (kuvio 3). Muut taustatiedot kohdassa on asioita joita olisi hyvä selvittää yleistilan laskiessa ennen lääkärin konsultointia. Konttila toi keskustelussa esille myös sen, kuinka tärkeäksi hän kokee koulutuksemme ja sen aiheen. Teimme Konttilan esittämät muutok- set dioihin.

Kuvio 3. Muut taustatiedot ABCDE-mallin tueksi yleistilan laskun arvioinnissa



(Konttila 2017).

Kuusamo- Opisto oli sovittuna meille koulutuksen järjestämispaikaksi, joten olimme sinne yhteydessä käytännön asioista. Selvitimme muun muassa, että paikassa on tarvittavat audiovisuaaliset laitteet ja riittävästi tilaa harjoituksia varten. Saimme luvan mennä koulutuspäivän aamuna opistolle jo klo 09 valmistelevaan koulutusta.

Muutama viikko ennen koulutusta toimeksiantaja soitti ja kertoi, että koulutuksen osallistujien määrä on pienempi kuin mitä oli suunnitelmassa. Otimme sen huomioon viime hetken suunnitteluissa. Kävimme tulostamassa ja hakemassa tarvittavat välineet koulutukseen muutama päivä ennen h-hetkeä. Ostimme myös omakustanteisesti pientä välipalaa koulutukseen. Lainasimme työvaatteet yhdestä kaupungin vanhustyön yksiköstä. Harjoittelimme myös diaesitystä ja rasteja useasti ennen koulutusta. Pidimme kenraaliharjoituksen koulutuspäivän aamuna.

9 TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELU

Opinnäytetyön tuloksena tuotettiin koulutus. Koulutus järjestettiin 17. marraskuuta 2017 klo 12 - 16 Kuusamo -Opistolla. Koulutukseen osallistui 9 lähi- ja perushoitajaa sekä toimeksiantajan edustaja. Koulutus alkoi suunnitellusti ensiesittelyn jälkeen videolla. Videolla nähdään kuvitteellinen tilanne, jossa ikääntyneen yleistila laskee äkillisesti ja seurataan sitä, kuinka hoitaja toimii tällaisessa tilanteessa. Videon jälkeen kävimme läpi teoriatietoa diojen avulla (Liite 2). Dioista opeteltiin ABCDE- mallin käyttö, peruselintoimintojen teoriaa, ISBAR –konsultaation teko sekä suppean neurologisen statuksen tekeminen. Teoriaosuus oli lyhyempi kuin mitä olimme etukäteen arvioineet lukiessamme diat läpi kenraaliharjoituksessa. Loppujen lopuksi koulutus kesti kuitenkin sovitun mittaisen ajan, koska käytännön harjoituksissa kesti pidempään kuin mitä olimme suunnitelleet. Jälkeenpäin arvioiden teorian olisi voinut esittää eri tavalla, omaa diaesitystä pitäessä oli hankalaa arvioida sitä, kertoiko aiheesta liian hankalasti tai käyttikö hankalia termejä.

Teoriaosuuden jälkeen pidimme pienen hengähdystauon. Sen jälkeen jaoin ryhmän kahteen osaan. Ryhmät kävivät vuorotellen Annin ja Eevan pisteillä. Annin pisteellä opeteltiin verenkiertoon liittyviä asioita pariharjoittelun ja pelaamisen kautta. Eevan pisteellä taas ISBAR-konsultaatiota (harjoituspuhelun kautta) sekä suppean neurologisen statuksen arviointia parityöskentelynä.

Koimme, että käytännön harjoitukset olisivat voineet olla osa pidempikestoisia, esimerkiksi karkeaa neurologista statusta harjoitellessa harjoitus ei kestänyt niin pitkään kuin mitä olimme aiemmin arvioineet. Aiheena sen olisi voinut opettaa eri harjoitustavalla, itselle tuttu asia avautui koulutuksemme jäsenille eri tavalla. ISBAR- harjoitukselle oli selkeästi tarvetta, tulokset harjoituksessa kertoivat sen. Tämä oli selkeästi sellainen asia, mitä kannattaisi harjoitella jatkossakin. Hoitajat olivat innostuneita tästä harjoituksesta ja osaa se jännitti. Koimme että tämä oli onnistunut harjoitus.

Hengitysäänien kuuntelua harjoitellessa hoitajat toivat esille sen, onko heidän tekemällä havainnolla esim. hengitysänten puuttumisella merkitystä ja ottaako lääkäri sen todesta. Tässä kuitenkin tuotiin esille Konttilan tuomat terveiset, että lähihoitajan on hyvä kuunnella hengitysäniä ja osata erottaa se, milloin ne poikkeavat normaalista. Osallistujat olivat selkeästi innostuneita ja osallistuivat ahkerasti harjoituksiin. Varsinkin manuaalinen verenpaineen mittaaminen oli suosittu rasti, siinä selvästi oli opettelua hoitajilla. Peli oli hoitajien

mielestä myös hyvä ja viihdyttävä. Kokonaisuutena hoitajat kokivat harjoitukset mielenkiintoisiksi. Harjoitusten jälkeen pidimme loppuyhteenvedon, jossa kyseltiin mieleen nouseita kysymyksiä ja ajatuksia. Hoitajat vastasivat vielä lopuksi kirjalliseen palautteeseen.

Palautelomakkeen (Liite 5) vastausten mukaan osallistujat kokivat koulutuksen olleen tarpeellinen. Koulutuksen tärkeimmiksi aiheiksi hoitajat nostivat ABCDE- mallin, ISBAR-konsultaation sekä harjoitukset. Vastaajat kokivat, että koulutus oli sisällöltään sopiva. Koulutus koettiin hyvin organisoiduksi. Kouluttajien koulutustapa oli hoitajien mielestä hyvä. Eri oppimismenetelmät koettiin positiivisena ja asioita selkeyttävinä.

Palautelomakkeen perusteella osallistujat kokivat, että koulutus oli räätälöity juuri ikääntyneiden hoitajille sopivaksi. Vastanneet toivat esille myös sen, että saivat koulutuksesta apua kohdata työssään äkillisesti yleistilaltaan heikentynyt vanhus. Hoitajat toivoivat samantyyppisiä, ikäihmisiin liittyviä ja ikääntyneiden yleisimmistä sairauksista koostuvia koulutuksia jatkossakin, esimerkiksi muutaman vuoden välein. Kouluttajien ammattitaitoa hoitajat pitivät hyvänä ja kokivat heissä myös selvää asiantuntijuutta aiheesta. Koettiin myös, että aihe oli kouluttajille tärkeä ja että he olivat innostavia ja asiansa osaavia. Kokonaisuutena koulutuspäivä oli vastanneiden mukaan mukava ja opettavainen ja antoi varmuutta työelämään.

” Iso kiitos hyvästä koulutuksesta. Panostettu. Osasivat opettaa kiitettävällä tavalla, olivat itse jo asiantuntijoita -> tunnistaa, että asia on myös heille itselle tärkeä. ”

” Koulutus hyvä ja laaja-alainen, hyvät opetusmenetelmät. Teillä valmis paketti, jolla voisitte kouluttaa kaikki ikäihmisten palvelujen piiriin kuuluvat”

” Mukava ja tärkeä aihe ikääntyvistä. Harjoitukset mukavia, sai varmuutta ja konkreettista harjoitusta....”

” Hyvä koulutus ja hyvät kouluttajat”

” Ohjaajat olivat ”tavallisia”, tunnelma leppoisa....”

” Kouluttajat hyvin innostavia ja asiansa osaavia”

(Palautekysely koulutuksesta 2017.)

Johtopäätökset

Tässä opinnäytetyössä haettiin vastauksia kysymykseen ”Miten ikääntyneiden yleistilan laskuun reagoidaan tarkoituksenmukaisesti?”. Ikääntyneen yleistilan laskuun tulee reagoida tutkimalla asiakas systemaattisesti ABCDE-protokollan mukaisesti, koska siten saadaan kokonaiskuva asiakkaan voinnista. Akuuttitilanteessa tehty kattava tilannearvio ABCDE-protokollaa käyttäen vähentää sellaisia päivystyksellisiä hoitoja, jotka eivät ole välttämättömiä. (Akuuttitilanteet ikääntyvien hoitotyössä 2016, 1,3.) Äkillisen sairauden hoito tulisi aloittaa ikääntyneellä viivyttämättä, koska ikääntynyt menettää toimintakykyään ja lihasmassaansa nopeammin kuin nuori ihminen. Hoitokodissa olevilla asiakkailla tulee olla selkeä, kirjallinen hoitosuunnitelma, jossa on ohjeistus myös akuuttitilanteita varten sekä asiakkaan hoitotahto. (Ikääntyvän yleistilan laskun ennakointi 2016.)

Sosiaali- ja terveysministeriö linjaa lausunnossaan, että vanhusten päivystyshoidon kokonaisuus tulee suunnitella siten, että päivystystä käytetään vain tarkoituksenmukaisista ja välttämättömistä syistä. Läkkään asiakkaan kohdalla on aina arvioitava tarkasti se, onko päivystyshoito välttämätöntä, koska sairaalaan joutuminen tarpeettomasti on hauraalle ikääntyneelle vahingollista. Deliriumin kehittymisen riski on monisairaalla ikääntyneellä suuri ja sen ennuste on huono. Havainnoimalla asiakkaan terveydentilassa lievätkin muutokset voidaan ehkäistä sekä pitkäaikaissairauksien että oireiden äkillistä pahentumista. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010; Metsävainio 2016; Ikääntyvän yleistilan laskun ennakointi 2016.)

Ikääntyneen yleistilan laskuun tulee tutkimuksien mukaan reagoida nopeasti, koska ikääntyneellä pienikin muutos yleistilassa voi olla merkki vakavasta peruselintoimintojen häiriöstä. Koulutuksen avulla pyrittiin antamaan hoitajille sellaista tietoa, jonka avulla he voivat arvioida ikääntyvän yleistilaa ABCDE-mallin avulla. Hoitajien saama koulutus sisälsi myös peruselintoimintojen ottamista ja tulosten ymmärtämistä. Myös yhteys lääkäriin helpottui ISBAR- mallia käyttäen.

Opinnäytetyössä etsittiin myös vastausta kysymykseen ”Minkälainen koulutus edesauttaa oppimista yleistilan laskusta?”. Asioiden visualisoinnilla parannetaan oppimista, koska sen avulla voi kiinnittää parhaiten tietoa pitkäkestoiseen muistiin (Kauppila 2003, 16-58). Oppijan kannalta videot ovat käyttökelpoinen väline tuottaa tietoa. Videot mahdollistavat myös opetuksen rikastamisen sekä asioiden havainnollistamisen. Kouluttajan tuottamia videoita voidaan esim. hyödyntää opiskelumateriaalina sekä keskustelun herättäjinä. Sosiaali- ja terveysalalla käytetään yhä enemmän audiovisuaalisuutta tiedon välittämisessä.

Video välittää informaatiota kielellisen ilmaisun, kuten puheen ja tekstin, lisäksi kuvan ja äänen avulla. (Jämsä & Manninen 2000, 54-59; Rikala 2016, 29-30.)

Opinnäytetyöhön liittyvä video havainnollisti peruselintoimintojen mittaamista. Opetuksesta haluttiin mahdollisimman monipuolinen, koska on erilaisia tapoja oppia asioita. Videossa yhdistetään useita eri oppimismuotoja, puhe, teksti, kuva ja ääni.

Koulutuksen yhteydessä kerättiin palautetta. Hoitajat kokivat koulutuksen erittäin tarpeellisenä (taulukko 3). Koulutusta pidettiin antoisana. Hoitajat kokivat, että siitä oli hyötyä ikääntyneen hoidossa. Toimeksiantaja koki koulutuksen myös hyödylliseksi. Sillä mahdollistettiin hoitajien osaamisen kehittämistä. Toimeksiantaja halusi kaksi lisäkoulutusta, jotta mahdollisimman moni hoitaja saisi täydennyskoulutusta tähän asiaan. Toimeksiantaja oli tyytyväinen toteuttamaamme koulutukseen.

Taulukko 3. Palaute koulutuksesta.



(Palautekysely koulutuksesta 2017).

10 POHDINTA

10.1 Eettinen pohdinta

Eettiseksi kysymykseksi tässä opinnäytetyössämme nousee se, että onko oikein evätä ikääntyneeltä pääsyn päivystykseen ja hoitaa hänet omassa yksikössään? Laskeeko tällainen toiminta ikääntyneen hoidon tasoa? Pitäisikö heti kutsua ambulanssi ja antaa ensihoidon henkilökunnan tehdä arvio asiakkaan voinnista? Toisaalta ikääntynyt kärsii muita ikäryhmiä enemmän siitä, jos hän joutuu päivystykseen. Päivystyksessä perushoidon toteuttaminen on kiireen vuoksi usein haastavaa.

Toisena hyvin merkittävänä eettisenä kysymyksenä on, kuinka intensiivisesti monisairaita ikääntyneitä hoidetaan?

"Ikääntyneen sairaanhoidon keskeisimmäksi haasteeksi nousee kysymys, kuinka intensiivisesti kaikkein vanhimpia monisairaita asiakkaita tutkitaan ja hoidetaan. Kuitenkin silloin kuin parantavaa hoitoa ei ole, on asiakkaan oireiden lievittäminen lääkärin oikeus ja velvollisuus." (Tilvis ym. 2016, 85.)

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportissa "Vanhuus ja hoidon etiikka"- käsiteltiin monia tärkeitä asioita liittyen ikääntyneiden hoitoon liittyen. Raportissa kirjoitetaan siitä, että ikä ei ole peruste jättää jotain henkilöä hoidon ulkopuolelle. Mutta ikä tuo tullessaan erilaisia sairauksia, elimistön toiminnan muutoksia ja toimintakyvyn laskua mitkä vähentävät hoidosta ja toimenpiteestä saatavaa hyötyä ja lisäävät niiden haittavaikutuksia. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008, 12-13.)

Tähän liittyen voidaan todeta, että ikääntyneet ansaitsevat yhtä laadukasta akuuttihoitoa kuin perus-terveet aikuiset, eli ikääntyneiden hoitajilla pitää olla tarpeeksi osaamista siihen liittyen. Toisaalta raportti korostaa hoitolinjausten tekemisen merkitystä liittyen juuri hoidosta saatavan hyödyn laskemiseen ja haittavaikutusten nousemiseen. Eli olemme kahden tulen välissä. Toisaalta laki veloittaa meitä hoitamaan kaikkia iästä ja muista ominaisuuksista huolimatta tasavertaisesti ja toisaalta emme saa lisätä ikääntyneen kärsimystä laittamalla hänet tehohoitoon.

Raportissa korostetaan hoitolinjauksista keskustelemista yhdessä ikääntyneen, hänen läheistensä ja koko asiakasta hoitavan ryhmän kanssa. Keskustelu on tärkeää tehdä jo ennen kuin asiakkaan vointi heikkenee niin, että hän ei kykene enää ottamaan kantaa

omaan hoitoonsa. Keskusteltaessa hoitolinjoista on tärkeää korostaa asiakkaalle tai hänen läheisilleen, ettei esimerkiksi DNR (do not resuscitate) -päättös tarkoita hoidon huonontamista tai sen lopettamista, vaan hoidon painopisteen siirtämistä hyvinvoinnista huolehtimiseen. Oireita lievittävää ja vointia ylläpitävää hoitoa jatketaan ja tehostetaan, mutta turhista ja kärsimystä lisäävistä hoidoista luovutaan niin, että asiakasta voidaan hoitaa hänelle parhaalla tavalla. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008, 12-13.)

Kroonisesti sairaan ikääntyneen kohdalla on syytä keskittyä palliatiiviseen hoitoon, jos hänellä on ollut jatkuvaa toimintakyvyn heikkenemistä, painon laskua tai vähintään kaksi suunnittelematonta sairaalahoitojaksoa vuoden aikana ja kun sydänsairauteen liittyy jatkuvaa oireilua optimaalisesta lääkityksestä huolimatta. (Airaksinen ym. 2016.) Tässä tilanteessa hoitolinjauksista keskusteleminen yhdessä omaisten kanssa on ensiarvoisen tärkeää. Kun sekä omaiset että asiakas ovat tietoisia tilanteesta, palliatiivinen hoitolinjaus on helpompi hyväksyä. Tällöin ei tule myöskään ristiriitaa hoitokodin ja omaisten kanssa siitä, miksi asiakasta ei ole esimerkiksi kuljetettu sairaalaan.

10.2 Luotettavuuden pohdinta

Luotettavuuden kriteereitä tutkimuksessa ovat siirrettävyys, totuudellisuus, vahvistettavuus ja uskottavuus. Siirrettävyys on sitä, että tutkimusaineistoa kuvaillaan laajasti. Tämän avulla lukija voi päätellä, kuinka paljon tutkimuksen löydöksiä voi soveltaa muihin tutkimuskohteisiin. Totuudellisuus kuvaa sitä, kuinka paljon tutkijan johtopäätökset vastaavat tutkimuskohteen todellista tilaa. Vahvistettavuudessa tehdyt tulkinnot saavat tukea toisista tutkimuksista. Tutkimuksen uskottavuus vahvistuu sillä, että tutkijan omat ennako-odotukset ja johtopäätösten oikeudellisuus eivät vaikuta tutkimukseen, vaan tutkija on objektiivinen tutkimusta kohtaan. (Willberg 2009.)

Olemme käyttäneet opinnäytetyössämme luotettavia lähteitä useasta eri tietokannasta. Rajasimme vanhat lähteet pois haustamme. Käytimme vain sellaisia lähteitä, jotka perustuvat tutkittuun tietoon. Haimme tietoa sellaisista tietokannoista, jotka ovat hoitoalalla hyväksyttyjä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu vahvisti omaa näkemystämme asian tärkeydestä. Hoitajat tarvitsevat koulutusta ikääntyneen asiakkaan voinnin arvioimiseen. Julkaisussa yhdistyi kaikki opinnäytetyömme osa-alueet, asiakkaan tilan arviointi, konsultaatio ennen päivystykseen lähettämistä sekä se, että hoitohenkilökunnan tulee saada aiheesta koulutusta.

Vantaan kaupungin yhteistyö Metropolia-ammattikorkeakoulun kanssa vahvasti näkemystämme siitä, kuinka tärkeä asia on kyseessä. Tähän asiaan on vasta nyt kiinnitetty huomiota. Kyseessä on asiakkaan elämänlaadun kannalta erittäin tärkeä asia. Vanhaa ihmistä ei siirretä kuin välttämättömissä tapauksissa päivystykseen. Julkaisussa tuotiin esille se, että käynti päivystyksessä on erittäin raskas vanhalle ihmiselle, joka mahdollisesti sairastaa muistisairautta. (Mäkinen 2018, 24-27.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista- (2012/980 § 19-20) sanoo, että iäkkäälle henkilölle tarjottavien sosiaali- ja terveyspalvelujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle hyvä hoito ja huolenpito. Toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävärakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaat palvelut. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012.)

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme pyrkineet siihen, että omat ennakoasenteemme eivät ole vaikuttaneet työn tekemiseen. Olemme hankkineet laadukkaita ja luotettavia teorialähteitä. Asiantuntija lääkäri on antanut puolueetonta näkemystä. Toimeksiantaja on omalta osaltaan valvonut työn etenemistä ja hyväksynyt koko prosessin. Opinnäytetyöhön ei ole tarvinnut tutkimuslupaa eikä se ole salainen.

10.3 Ammatillisen osaamisen kehittyminen

Opinnäytetyöprosessi kehitti ammatillista osaamistamme monipuolisesti. Sairaanhoitajan ammatillisuus ja asiantuntijuus (Eriksson, Korhonen & Merasto 2015) kehittyi muun muassa teorialiedon lisääntymisellä. Koulutuksen järjestäminen antoi rohkeutta tulevassa ammatissa esimerkiksi opiskelijoiden ohjaukseen. Oma tietotaito lisääntyi. Tämän myötä pystyy ottamaan vastaan sairaanhoitajan vastuun.

Opinnäytetyöprosessi on antanut rohkeutta kohdata työelämässä esille nousevia tilanteita. Yhteydenotto lääkäriin ja muihin terveydenalan toimijoihin on kehittynyt ja kynnys siihen madaltunut. Opinnäytetyössä olemme lukeneet paljon uusinta teoreettista tietoa, erilaisia tutkimuksia, aiheeseen liittyviä kirjoja sekä erilaisia raportteja ja suosituksia. Olemme käyttäneet lähteinä myös englannin-kielisiä tutkimuksia. Tämä prosessi on kehittänyt kriittistä ajattelua ja pohdintaa. Hoitotieteen tuottama tietoperusta ammatillisessa päätöksenteossa ja hoitotyön päätöksentekoprosessi (Eriksson ym. 2015) on kehittynyt

niin, että olemme saaneet osaamista siitä, kuinka kiireellisesti meidän pitää konsultoida lääkäreitä ja mitä voimme itse saada selville asiakkaan voinnista, esimerkiksi peruselintoimintojen mittaamisella. Osaamisen myötä voimme parantaa potilasturvallisuutta.

Opinnäytetyöhön liittyvä koulutus ja sen suunnittelu on antanut meille molemmille paljon rohkeutta ja eväitä tulevaisuutta varten. Näyttöön perustuva toiminta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä ohjaus ja opetusosaaminen (Eriksson ym. 2015) ovat kehittyneet koulutuksen pidon myötä. Toimenpiteet ja diagnostiset tutkimukset ja hoitotyön toiminnot (Eriksson ym. 2015) on kehittynyt siten, että opimme tekemään erilaisia tutkimuksia, joilla voimme arvioida asiakkaan peruselintoimintoja ja seurata hänen pitkäaikaissairautensa pahenemisvaiheita. Opimme tutkimaan asiakasta ja arvioimaan yleistilaa ja tajunnantasoja. Tutkimus- ja kehittämis- ja innovaatio-osaaminen (Eriksson ym. 2015) on kehittynyt, koska olimme tekemässä sellaista koulutusta mitä ei ole aiemmin työyhteisössä ollut, joten se on innovatiivista. Koulutus oli hyvin työelämälähtöinen ja innovatiivinen, se poiki lisäkoulutusta ja näin ollen oli kehittämässä Kuusamon kaupungin vanhustyötä.

10.4 Jatkokehityksaiheet

Opinnäytetyötämme voi jatkossa hyödyntää monin eri tavoin. Olemme luoneet koulutuspohjan jota toimeksiantaja voi hyödyntää kouluttamalla sen pohjalta hoitajia. Kuusamon kaupungin vanhustyössä toimii useita yksityisiä toimijoita. Näkisimme tärkeänä sen, että tällainen koulutus ulottuisi myös heihin. Koulutusta tulisi järjestää jatkuvasti niin, että uudet hoitajat pääsisivät osalliseksi siihen.

Koulutuksen palautekyselyn perusteella hoitajat olivat sitä mieltä, että toimeksiantajallemme pitäisi jatkossakin pitää koulutuksia aiheeseemme ja yleisesti ikääntyneiden sairauksiin liittyen. Jatkotutkimus aiheena olisi hyvä selvittää, lisääntyikö hoitajien osaaminen ikääntyneen yleistilan laskun tunnistamisesta ja siihen reagoimisesta tarkoituksenmukaisesti.

LÄHTEET

- Aalto, S., Castren, M., Rantala, S., Sopanen, P. & Westergård, A. 2008. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. WSOY: Helsinki
- Alahuhta, S., Ala-Kokko, T., Kiviluoma, K., Ruokonen, E. & Silfvast, T. (toim.). 2016. Peruselintoimintojen häiriöt ja niiden hoito. 2. uudistettu painos. Duodecim: Helsinki
- Airaksinen, J., Aalto-Setälä, K., Hartikainen, J., Huikuri, H., Laine, M., Lommi, J., Raatikainen, P. & Sarasta, A. (toim.). 2016. Kardiologia. 3 uudistettu painos. Kustannus Duodecim: Helsinki
- Akuuttilanteet ikääntyneiden hoitotyössä. 2016. Oulun Ammattikorkeakoulu. Viitattu 29.3.2017. http://www.oamk.fi/epooki/files/2314/1821/1482/Akuuttilanteet_ikaantyneen_hoitotyossa.pdf
- Elvytys. 2016. Käypä Hoito-suositus. Viitattu 13.3.2018. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi17010>
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Bookwell Oy: Porvoo
- Haapamäki, E., Huhtala, H., Löfgren, T., Mylläri, E., Seinelä, L. & Valvanne, J. 2014. Iäkkäät päivystyksen käyttäjinä – 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynnit vuosina 2011-2012. Kuntaliitto: Helsinki
- Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. Otava kirjapaino Oy: Keuruu
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistää. Tammi: Helsinki
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. Sanoma Pro Oy: Helsinki
- Ikääntyneen potilaan äkillinen yleistilan lasku. 2017. Sähköinen kysely vanhustyön hoitajille. Kuu-samon kaupunki
- Ikääntyneen yleistilan laskun ennakointi. 2016. Etelä- Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayh-tymä. Viitattu 1.9.2017. <https://www.essote.fi/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/liite-15-opas-yleistilan-laskun-arvioimiseksi.pdf>

- Jämsen, E. 2017. Äkillisen sekavuustilan (delirium) diagnosointi. Käypähoito- suositus. Viitattu 19.4.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix00424>
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Tammi: Helsinki
- Kauppila, R.A. 2000. Opi ja opeta tehokkaasti. PS-kustannus: Jyväskylä
- Konttila, T. 2017. Suullinen tiedonanto 9.5.2017. Kuusamon terveyskeskus
- Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. 3. uudistettu painos. Sanoma Pro Oy: Helsinki
- Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Sanoma Pro: Helsinki
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012/980. Annettu Helsingissä 28.12.2012. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Lappalainen, J. 2016. Iäkkään yleistilan laskun palveluketju Etelä-Savossa. Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalveluiden ky. Viitattu 7.4.2017. <https://kamk.finna.fi/Terveysportti>
- Lindsberg, P.J. & Soinila, S. 2015. Neurologia. Duodecim: Helsinki
- Mylläri, E., Kirsi T. & Valvanne J. 2014. Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? Suomen Kunta-liitto: Helsinki
- Murdoch, I., Turpin, S., & Johnston, B. 2014. Geriatric emergencies. Somerset, GB: Wiley-Blackwell
- Mäkinen, T. 2018. Apua paikan päällä. Tehy- lehti. 4/2018, 24-27
- Organisaatio. 2017. Kuusamon kaupunki. Viitattu 12.6.2017. www.kuusamo.fi/tietoa-kuusamosta/organisaatio
- Palautekysely hoitajille. 2018. Palautelomake koulutukseen osallistuneille hoitajille 17.11.2017 Kuusamo-Opisto
- Rantala, H. 2017. Peruselintoimintojen häiriöiden varhainen tunnistaminen ABCDE-menetelmän ja MEWS-kriteereiden avulla. Luento Suomen Poliklinikkasairaanhoitajien opintopäivät

- Rathburn, M. & Ruth-Sahd, L. 2009. Algorithmic tools for interpreting vital things. *Journal of Nursing Education*. 48 (7)
- Rikala, J. 2016. Mobiilioppimaan- mobiiliteknologian hyödyntäminen opetuksessa. BoD: Helsinki
- Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Ruokonen, E. 2014. *Anestesiologia ja tehohoito*. 3 uudistettu painos. Kustannus Duodecim: Helsinki
- Räsänen, P. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoidossa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Lapin Yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Juvenes Print: Tampere
- Saha, H., Salonen, T. & Sane, T. (toim.). 2015. *Potilaan tutkiminen*. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki
- Sahi, T., Castrén, M., Helistö, N. & Kämäräinen, L. 2002. *Ensiapuopas*. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki
- Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. 2013. *Ensihoito-opas*. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki
- Simberg, S. & Nevala, S. 2016. Ammatti vaatii ammattitaitoa -Superin jäsenten näkemyksiä lähi-hoitajakoulutuksen haasteista ja mahdollisuuksista nyt ja tulevaisuudessa. Super. Viitattu 10.8.2017. https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4691/super_koulutusselvitys_2016_web.pdf
- Soinila, S. 2014. Neurologinen statustutkimus päivystyspoliklinikassa. *Duodecim-lehti* 4/2014, 413-422
- Strandberg, T., Cederholm, T., Saksela, E. & Goebeler, S. 2015. HRO:sta gerasteniaan. *Duodecim-lehti* 2015, 1103.
- The ABCDE approach. 2018. Resuscitation Council UK. Viitattu 20.4.2018. <https://www.resus.org.uk/resuscitation-guidelines/abcde-approach>
- Tilvis, R. 1999. Miksi vanhusten tautien diagnostiikka on vaikeaa? *Duodecim-lehti* 15/1999. Viitattu 11.2.2018. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/1999/15/duo90396>
- Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) 2016. *Geriatría*. 3. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki

Vanhuus ja hoidon etiikka. 2008. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. Kirjapaino Keili Oy: Vantaa

Yhtenäisen päivystyshoidon perusteet. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama hanke. Työryhmän raportti 31.1.2010. STM

Yoshikawa, T. Norman, D.C (eds). 2000. Acute Emergencies and critical care of the geriatric patient. New York, US: CRC Press

Willberg, E. 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus – luento 16.2. 2009. Jyväskylän yliopisto – kasvatustieteiden laitos

Koulutuskässäri

Paikka: Kuusamo- Opisto, 17.11.2017 klo 12-16

Koulutukseen osallistujat: 15-18 henkilöä

Teoriaosuus ja harjoitukset:

- teoriaosuus: abcde-malli, hengitys, verenkierto, tajunnantaso, mittaukset, isbar (+video!)
- harjoitukset: rr mittaus, hf mittaus, hä kuuntelu, isbar puhelu, karkea neuro harjoitus, peli

Koulutuksen rakenne:

- Alustus 10min
- Video 7min
- Keskustelu 5-10min
- Luentodiat 45min
- Tauko 15min
- Harjoitukset 90min
- Loppuyhteenveto ja palaute 15min

Materiaalit:

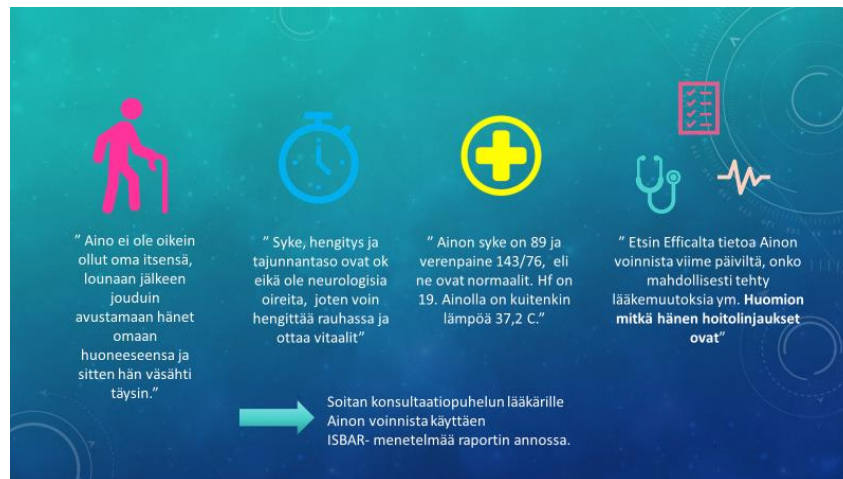
- RR- mittarit, SpO2-mittari, Ipad x2, kynälamput x5, lappu potilascasesta, isbar – harjoituksesta ja suppeasta neurologisesta statusta, rannekelloja, tietokone, kuulokkeet, laturit!, palautelappu

Muistettavaa:

- näytä diat Konttilalle
- Tee potilascaset,suppea neuro.laput, isbar harjoituslappu,palautelappu

- Testaa kauan koulutus kestää, tee muistiinpanot
- Hanki kynälamput
- Lainaa mittarit
- Hanki eväät
- Tee ja lähetä koulutuskutsu
- Soita opistolle
- Hanki työvaatteet+ ota työkengät

Koulutuksen diaesitys



PERUSELINTOIMINNOT

- Hengitys, verenkierto ja tajunnantaso
- ABCDE-protokolla on toimintamalli, jossa potilaan peruselintoiminnot tutkitaan systemaattisesti ja johdonmukaisesti

ABCDE -MALLI



HENGITYS (A,B)



- Ihmisen elintoiminnoille on välttämätöntä, että solut saavat jatkuvasti happea
 - Solut vaurioituvat hyvin nopeasti, jos hapensaanti estyy
 - Heikoimmin hapenpuutetta sietävät aivosolut
 - vaurioituvat jo 4-6 minuutin kuluttua sydänpysähdyksestä
- Kudosten hapensaanti on välttämättömyys, jota hengitysvaikeus uhkaa.

Olennaista on huomioida, onko asiakkaalla hengitysvaikeus.

HENGITYKSEN TARKKAILUTAVAT

Tarkkailu katselemalla

- Hengitysfrekvenssi
- Apuhengitysilihastyö
- Ihon väri

Tarkkailu kuuntelemalla

- Hengityssäntien kuuntelu stetoskoopilla

Pulssioksimetrin avulla

- SpO₂, happisaturaatio

VERENKIERTO (C)



Verenkierron perusseurantaan kuuluvat:

- verenpaineen seuranta
- pulssin seuranta
- tajunnan tason seuranta
- turvotusten seuranta
- ihon lämmön seuranta

Verenpaineesta ja pulssista nähdään, kuinka sydän ja verisuonet suoriutuvat tehtävästään. Ihon lämpötila kuvaa verenkierron tilaa. Tajunnan tason seuranta antaa tietoa aivojen verenkierrosta. Turvotukset voivat kertoa esim. mahdollisesta sydämen vajaatoiminnasta.

VERENPAINEN SEURANTA



- Verenpaine on sydämen työn aikaansaama paine verisuonistossa
- Paine suonissa on korkein sydämen työvaiheen aikana ja matalin sydämen lepovaiheen aikana.
- Paineen voimakkuuteen vaikuttavat useat eri asiat, mm.
 - sydänlihaksen supistusvoima
 - verivolyymin määrä
 - suonten seinämien joustavuus
- Verenpainesuositus yli 80-vuotiaille on 150/85mmHg

→ Oleellista on saada selville epänormaali verenpaine, eli matala tai korkea verenpaine



- Aikuisen syketaajuus on 60-80 kertaa minuutissa levossa
- Pulssi vaihtelee iän mukaan
- Ikääntymisen myötä valtimon seinämä kovettuu ja jäykistyy --> pulssi tuntuu kovalta tai pulssia on vaikea löytää

Oleennaista on saada tietää selville, onko syke liian nopea, hidas tai epätasainen.



TAJUNNANTASO (D)

- *Tajunta = ominaisuus, jonka avulla ihminen on tietoinen itsestään ja ympäristöstään, suhteessa omaan menneisyyteensä, nykyisyyteen ja tulevaisuuteen.*
- *Tajuttomuus = tämän tietoisuuden puuttuminen*
- *Tajunnantason aleneminen johtaa ensin uneliaisuuteen → Tajunnantason häiriintyessä ihmisen vireystila on laskenut niin, että häneen on vaikeampi saada kontaktia, eikä hän reagoi ärsykkeisiin odotetulla tavalla.*
- *Kun ihminen ei ole enää heräteltävissä, puhutaan tajuttomuudesta.*

Glasgow Coma Scale (GCS) on kansainvälisesti käytetty mittari tajunnantason arviointiin. GCS:n avulla arvioidaan silmien avaamista, puhevastetta ja liikevastetta. Mittarin perusteella määritellään pisteet sen mukaan miten puheeseen, kipuun ja muihin ärsykkeisiin reagoidaan. Reaktiosta riippuen pisteitä tulee 3-15/15.

Silmien avaaminen	Spontaanisti	4
	Puheella	3
	Kivulla	2
	Ei vastetta	1
Puheenvaste	Oikein/toivotut	5
	Osittain	4
	Sanonta	3
	Ääntä	2
	Ei mitään	1
Paras liikevaste	Reagoitaa kehoosaukseen	6
	Reagoitaa kivun	5
	Koukistaa/taivuttaa kättä	4
	Alkuperäinen reaktio	3
	Ääryasentoon kättä	2
	Ei vastetta	1
Pisteet		3-15

NEUROLOGINEN SUPPEA STATUS

- Neurologisella suppealla statuksella pyritään mahdollisten neurologisten löydösten havainnointiin
- Voidaan käyttää myös nimitystä karkea neurologinen status
- Sisältää potilaan tajunnan tason, puolierojen, puheentuohtokyvyn ja pupillojen testaamisen
- MIKSI TÄRKEÄ? → Kertoo aivoverenkierron häiriöstä → KIIRE!!!



TUTKIMINEN (E)

- Mittarit
 - Lämpö
 - Verensokeri
 - Tarv. INR
- Mahdolliset kivut
- Tapaturmassa haavat ym.



MUUT HUOMIOITAVAT ASIAT

- Toimintakyvyn muutos entiseen
 - Päivittäiset toiminnot (syöminen, liikkuminen ym)
 - Orientaatio ja muisti
- Erittäminen ja syöminen
- Mahdolliset lääkemutokset
- Mahdolliset kivut
- INR Marevan-lääkityksellä olevilta

VITAALIARVOT

	Viitearvot	MET - kriteerit
Hengitys	HF 12-20 x /min	< 8/min tai >25 /min
	SpO2 95%-100 % COPD >92 %	<90%
Verenkierto	RR alle 130/85 mmHg	Systolinen (yläpaine) <90
	Syke 50-110	< 40 > 120
Tajunnantaso	Tajuiissaan – Tajunnantaso laskenut	Puolieroja (karkeassa neurologisessa statuksessa) Tajunnantason lasku Kouristelu Vaikea sekavuus

ISBAR

Identify – tunnistaa

- Hoitaja kertoo nimensä, ammattinimikkeensä ja yksikön mistä soittaa. Seuraavaksi hän kertoo asiakkaan nimen, iän ja sosiaalityrvätunnuksen, jotta lääkäri pääsee syöttämään asiakkaan henkilötiedot heti koneelle. Hoitaja kertoo syyn raportointiin ja konsultointiin.

” Hei. Tällä soittaa lähiohoitaja Inkeri Mäkinen Petäjäkodilta. Soittelen teille Martta Penttilästä, henkilötunnus 1234. Martta löi äsken päänsä pahasti kaatuessaan ”

ISBAR

Sisustön Tilanne

- Hoitaja kertoo mikä on ongelma ja koska se tapahtui/alkoi ja kuinka usein se toistuu. Hoitaja kertoo myös asiakkaan pääoireen ja nykytilan.

"Martta kaatui wc-reissulla klo xx ja löi päänsä lattiaan. Päässä on nyrkinkokoinen kuhmu ja 2cm pitkä haava. Hän on ollut koko ajan tajuissaan, eikä ole ollut pahoinvointia."

ISBAR

Background- Tausta

- Hoitaja kertoo asiakkaan olennaiset taustatiedot, olennaiset taustasairaudet, olennaiset oireet ja hoitoon tulon päivämäärän, tämän hetkisen diagnoosin ja päivämäärän sekä nyky lääkkityksen.

"Martta sairastaa eteisvärinää ja hänellä on Marevan-hoito siihen. Sairastaa keskivaikeaa Alzheimeriä. Viimeisin INR oli 2,5 kaksi päivää sitten."

ISBAR

Assessment - Nykytilanne

- Hoitaja kertoo asiakkaan vitaleelintoiminnot ja asiakkaan nykytilan (hengitys, verenkierto, tajunnantaso, lämpö, RR, vammat). Hoitaja kertoo myös oman arvionsa tilanteesta, mitä on meneillään ja mistä se saattaa johtua ja mitä asiakas tarvitsee.

"Martalla oli RR kaatumisen jälkeen 170/100 ja nyt kun olemme mittailleet, ne ovat laskeneet takaisin 120/80. Syke oli tapahtumahetken jälkeen 100 ja nyt 60. Martta hengittää rauhallisesti ja hengitystaajuus on 12. Tajunnantaso on normaali, ei orientoidu aikaan eikä paikkaan, mutta tämä johtuu muistisairaudesta. Takaraivossa on nyркиn kokoinen kuhmu ja pupillat on samankokoiset, keskiuuret ja symmetriset. Martan vointi näyttää hyvältä, ei ole pahoinvointia. Haava ei vuoda enää."

ISBAR

Recommendation - Toimintaehdotus

- Hoitaja ehdottaa toimintasuunnitelmaa, seurataanko asiakasta yksikössä vai pitäisikö hänet kuljettaa päivystykseen.

"Mielestäni Martta voisi jäädä tänne meille seuranta muutoin, mutta tuo varfariini-hoito mietityttää. Voimmeko seurata täällä ja ottaa yhteyttä uudestaan jos voinnissa tulee muutosta? Olemme työvalvonnallinen paikka. Käykö, että seuraamme tajunnantaso esimerkiksi 2 tunnin välein?"

Koulutuksen kutsu

Kutsu koulutukseen:

IKÄÄNTYNEEN ASIAKKAAN
YLEISTILAN LASKUN
TUNNISTAMINEN
JA SIIHEN REAGOIMINEN
TARKOITUKSENMUKAISESTI

KOULUTUSAIKA- JA PAIKKA

PE 17.11.2017 KLO 12-16
KUUSAMO- OPISTO

OHJELMA:

12-12.20 JOHDATTELU AIHEESEEN
12.20-13.15 TEORIAA
13.15-13.30 KAHVITAUKO

13.30- 15.30 HARJOITUKSIA
15.30- 16.00 LOPPUKESKUSTELU

Lämpimästi tervetuloa
toivottavat Eeva ja Anni
sairaanhoitaja-opiskelijat

Videon käsikirjoitus (kesto 7min):

Kohtaus 1 INT

Ruokasali

Asiakkaat syövät ruokaa pöytien ääressä. Aino istuu pöydän ääressä odottaen. Hoitaja menee "Ai-no" mummon luo ja sanoo: " No niin, lähtekö Aino tuonne ommaan huoneeseen". Hoitaja auttaa Ainon ylös ja he lähtevät kävelemään käytävää pitkin jutellen niitä näitä.

Kohtaus 2 INT

Ainon huone

Hoitaja avaa oven ja tulee Ainoa taluttaen huoneeseen. Aino menee istumaan sängyn laidalle, hoita-ja avustaa hänet pitkälleen ja sanoo: "Noniin, pääset ruokalevolle. "

Kohtaus 3 INT

Kahvihuone

Hoitaja juo kahvia. Sitten hän nousee ja vie mukan tiskialtaalle. Hoitaja menee toisen hoitajan luo ja sanoo: "Minäpä käyn vilkasemassa sitä Ainoa vielä. "

Hoitaja 2: "No mikäs sillä?"

Hoitaja 1: "Minusta se oli vähän väsyneempi tuossa ruoan jälkeen.."

Hoitaja 2: " No käy, parempi se on käydä kattoo."

Hoitaja 1 avaa oven ja menee käytävään.

Kohtaus 4 INT

Käytävä

Hoitaja kävelee mieltävän näköisenä käytävää pitkin kameraa kohti.

Kohtaus 5 INT

Ainon huone

Hoitaja tulee huoneeseen Ainon sängyn vierelle.

"Aino (eli kamera)" katsoo hoitajaa, kuva näkyy sumeana. Hoitaja sanoo: "Aino!" (ääni humiseva)

Hoitaja ravistelee Ainoa.

Hoitaja katsoo Ainoon ja sanoo uudestaan: "Aino!"

Aino ei reagoi. Hoitaja pelästyy. Kuva pysähtyy ja kuuluu hoitajan ajatukset: "Mikä sillä on! Miksi se ei reagoi mitenkään!Eihän sillä oo mikään sydänkohtaus....!Apua....Mitä ihmettä mä teen sille, pi-tääkö soittaa ambulanssi! Huh.... Eiku mä kokeilen sykkeen, että tuntuuko..."

Kuvataan Ainon kättä, hoitaja sanoo: "Huh, tuntuu syke onneksi!"

Hoitaja laittaa käden Ainon rinnan päälle ja sanoo: "Ja hengittääkin, huh. no nyt ei ole sellainen hätä, että voin ottaa ne mittaukset nyt..."

Kohtaus 6 INT

Toimisto

Hoitaja tulee ja ottaa mittauskärryn.

Kohtaus 7 INT

Ainon huone

Hoitaja mittaa Ainolta verenpaineen, happisaturaation, verensokerin ja INR:n ja laskee hengitys-frekvenssin ja kuuntelee hengityssäänäet.

Kohtaus 8 INT

Toimisto

Hoitaja istuu tietokoneen edessä ja ottaa sitten puhelimen.

Hoitaja: "Hilkka Hoitaja soittelee täältä Kotirannasta terve. Soittelen teille meidän yhdestä asiak-kaasta Aino Penttilästä. Tilanne on tämä, hän on kaatunut 2 pv sitten ja nyt yhtäkkiä vointi huonon-tui. Että jouduin saattelemaan huoneeseen ruoan jälkeen, ennen ihan itse on pystynyt kävelemään. Hoitaja kuuntelee välillä lääkärin kysymyksiä.

Hoitaja: Joo on otettu mittaukset, lämpö 37,2, RR 143/76, hf 19. Niin.. aivan... Pulssi oli 89. Sokerit oli 7,8, että oli juuri syönyt. .. Joo on marevan hoitoinen, 2,9 oli pikaINR... Niin justtiinsa, että seura-taan tässä nyt ja ollaan yhteydessä jos tulee äkillistä voinnin muu-tosta. Mittaamme vitaaleja myös. Selvä, kiitos hei."

Loppu!

Palautelomake koulutuksesta

PALAUTEKYSELY KOULUTUKSESTA

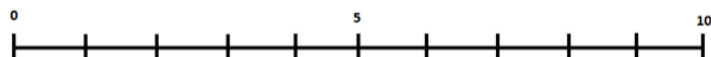
Työyksikkö: Siika Hiltantupa Aarontupa

Työkokemus: alle 10v 10-20 v yli 20v

Ammattinimike: lähihoitaja perushoitaja



1) Kuinka tarpeelliseksi koit koulutuksen työhösi liittyyen (asteikolla 1-10 1- en yhtään 10- todella tarpeelliseksi) ?



2) Mitkä asiat nousivat mielestäsi tärkeimmiksi aiheiksi koulutuksessa?

a.) Peruselintoiminnot

b.) ABCDE-malli

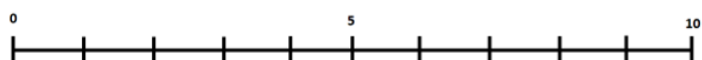
c.) käytännön harjoitukset

d.) ISBAR-konsultaatio

e.) muu, mikä? _____

3) Olisitko kaivannut koulutukseen vielä jotain muuta?

4) Kuinka riittäväksi/hyväksi koit kouluttajien teoriaosaamisen (asteikolla 1-10 1- teoriaosaaminen oli puutteellista 10- osaaminen oli riittävää) ?



5) Koitko eri oppimismenetelmät (käytännön harjoitteet, videon hyödyntäminen oppimiskeinona, keskustelut, ryhmäoppiminen) hyväksi tavaksi oppia?

6) Koitko että sait koulutuksesta apua siihen, kuinka kohdata yleistilan lasku- potilas seuraavan kerran?

a) kyllä b) en

7) Oliko koulutus mielestäsi räätälöity juuri ikääntyneiden hoitajille?

8) Toivoisitko tämän tyyppisiä koulutuksia jatkossakin esim. vuosittain ammattitaidon ylläpitämiseksi? Mistä aiheesta?

9) Vapaa palaute

Suuret kiitokset vastauksestasi ja osallistumisesta koulutukseemme!